Le Progrès Médical

1896

DEUXIÈME SEMESTRE



Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

Secrétaire de la Rédaction : Marcel BAUDOUIN



VINGT-QUATRIÈME ANNÉE

3e SÉRIE. — TOME IV : 1896 (Juillet-Décembre)

Illustré de 30 figures dans le texte

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

ABADIE (CH.), **AIGRE** (D.), **BALLET** (G.), **BARATOUX** (J.), **BITOT** (P.), **BLANCHARD** (R.), **BONNAIRE** (E.), **BOTTEY** (F.), **BOUTEILLIER** (G.), **BRISSAUD** (E.), **BUDIN** (P.), **BUTTE** (L.), **CAPUS** (G.), **CHABBERT**, **CHARCOT** (J.-B.), **COMBY** (J.), **CORNET** (P.), **CORNILLON** (J.), **DARIER**, **DAURIAC**, **DEBOVE**, **DUPLAY**, **DUPUY** (L.-E.), **FÉRÉ** (CH.), **GILLES DE LA TOURETTE** (G.), **JOSIAS** (A.), **JOFFROY**, **KERAVAL**, **KOENIG**, **LANDOUZY** (L.), **LAVERAN** (A.), **MAGNAN**, **MALHERBE** (A.), **MARCANO** (G.), **MARIE** (P.), **MARTHA**, **MAUNOURY** (G.), **MAYGRIER**, **MIRALLIE**, **MONOD** (CH.), **MUSGRAVE-CLAY** (R. de), **NAPIAS** (H.), **NOIR** (J.), **PELTIER** (G.), **PETIT-VENDOL** (CH.-H.), **PHISALIX**, **PIERRET**, **PILLIET** (A.), **PITRES**, **PLICQUE**, **POIRIER** (P.), **PONCET** (de Cluny), **POZZI**, **RANVIER**, **RAOULT** (A.), **RAYMOND** (F.), **RAYMOND** (P.), **REGNARD** (P.). **REGNAULT** (F.), **RÉGNIER** (L.-R.), **RENAUT** (J.), **REVERDIN** (de Genève), **RICHER** (P.), **ROUBINOVITCH**, **ROUSSELET** (A.), **SÉGLAS**, **SEVESTRE** (A.), **SIMON** (J.), **SOLLIER**, **SOREL** (R.), **STRAUS** (I.), **TARNIER**, **TEINTURIER** (E.), **TERRIER** (F.), **TILLAUX**, **TROISIER**, **VIGOUROUX** (R.), **VILLARD** (F), **YVON** (P.).

CE VOLUME RENFERME, EN OUTRE, DES MÉMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Béchet, Berger (E.), Crocq, Dupuy (L.-E.), Erlenmeyer (Alb.), Grasset (J.), Lachaud (M.), Legros, Lombard, Mettetal, Pécharman, Pereira-Guimaraes, Pierret, Proust, Rebeyrend, Reymond (E.), Wecker (de), Zaroubine.

PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14, RUE DES CARMES, 14.

3e SÉRIE. T. IV. N° 27. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 4 JUILLET 1896.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INTERNE

Faculté de Médecine de Lyon. — **M. le Pr PIERRET.**

L'urémie à forme nerveuse.

Messieurs,

Nous ne sommes plus au temps où les maladies du système nerveux se divisaient en deux classes bien distinctes; celles qui dérivaient des lésions anatomiques bien définies et celles qui n'en laissaient soupçonner aucune. Ces dernières s'appelaient névroses et dans le domaine de la médecine générale faisaient pendant à cet ensemble de troubles intellectuels que les spécialistes appellent encore trop volontiers des psychoses, parce qu'ils les croient *sine materia*, et caractérisées par des phénomènes d'origine purement fonctionnelle. Ces timides substantifs, ces adverbes ambigus, et ces adjectifs, gros de réticences, n'expriment, il faut le dire, que notre parfaite ignorance de ce qui est vrai et aussi la puérile vanité qui nous porte à mettre un mot vague au lieu et place des problèmes dont la trop lente recherche nous effraie. Névroses et psychoses, car c'est tout un, se font chaque jour moins nombreuses, et celles qui subsistent, celles dont les lésions anatomiques trop délicates restent encore à connaître, sont, à coup sûr, le produit de troubles graves dans le dynamysme cellulaire. Mais ce mot dynamisme doit être pris dans le sens propre, et considéré comme désignant l'ensemble des actes physico-chimiques dont la cellule vivante peut devenir le centre en vertu du principe du métamorphisme de la force. Ainsi compris les symptomes des névroses ou des psychoses ne nous apparaissent plus comme tout à fait exclusifs d'une lésion matérielle, mais bien comme liés à quelque transmutation de la matière dont les caractères objectifs, pour n'avoir pas encore été vus, ne sont peut être pas invisibles.

Or, le dégagement des énergies dans la sphère d'action des cellules nerveuses cérébro-spinales, ne pourrait être formulée que par une équation dans laquelle serait figurées les combustions incessantes qui s'opèrent sous l'influence de ces organites dans le milieu chimique que leur forment les humeurs dont ils sont baignés et qui leur donnent autant qu'elles reçoivent d'eux. L'élément ganglionnaire restant égal à lui-même, on conçoit que les résidus de ses désintégrations et réintégrations successives puissent varier si varient les matériaux mis à la disposition du noyau et du protoplasma. Certains de ces matériaux mal appropriés aux besoins le l'élément, peuvent le contraindre à des opérations chimiques inusitées, opérations de défense si l'on veut, et par conséquent modifier sa dynamique de telle sorte que la fonction de l'organe lui-même paraisse augmen-, diminuée ou même déviée. C'est ainsi que s'expliqnt au moins, sous forme d'hypothèse, les hyperesté- et l'hyperphrénie, les névralgies et les hallucina-s, les anesthésies et les confusions mentales igine toxique.

n comprend aisément que le nombre des substances ables, lorsque portées par les humeurs elles abor-t la cellule, de troubler la fonction de celle-ci de telle sorte que les actes de l'être humain revêtent un caractère morbide sont extrêmement nombreuses, mais aucune étude n'est, à cet égard, plus instructive, plus poignante que celle de cette polytoxie que l'on appelle encore urémie. Cet empoisonnement par rétention de substances dont la plupart s'éliminent d'ordinaire par les urines, donne, vous le savez, naissance à de nombreux troubles du système nerveux depuis le plus simple mal de tête jusqu'au plus théâtral délire hallucinatoire. Le syndrome urémique va de la torpeur intellectuelle au coma; il peut donner l'illusion de l'épilepsie, du tétanos, et, par un juste retour des choses d'ici-bas, simuler l'hystérie elle-même.

Ces connaissances datent de loin. Hippocrate, dans ses prorrhétiques, remarquait déjà que la rétention d'urine, surtout quand elle s'accompagne de céphalagie, a quelque chose de *spasmodique*; dans ce cas, dit il, la résolution des forces avec état vaporeux est fâcheuse, mais non pernicieuse, et il ajoute avec sa puissante simplicité : « Cet état de chose ne présage-t-il pas le délire ? »

A cette époque reculée, il n'était question bien entendu, que de la rétention d'urine proprement dite. La première tentative pour expliquer des phénomènes cérébraux reconnus et décrits par d'assez nombreux auteurs anciens, paraît être due à Morgagni qui dit expressément : *minus propterea serum inutile e sanguine eliminatur, ita hoc redundare in cerebrum potest.* C'est là, faites y bien attention, la théorie même de l'œdème cérébral à propos de laquelle tant d'auteurs modernes revendiquent je ne sais quels droits de priorité. Rattachant les phénomènes cérébraux de l'urémie à une accumulation dans l'encéphale de liquides séreux, les uns parlent d'hydrocéphalie, d'autres d'œdème simple ou d'apoplexie séreuse et croient avoir dit quelque chose de bien nouveau. Vous voyez ce qu'il en est.

Il faut arriver à l'époque de Bright (1827) pour trouver des descriptions précises de la néphrite et voir rechercher avec une vraie compétence la cause des nombreuses perturbations que cette affection amène dans l'économie. On décrit alors l'urémie, sans toutefois la nommer et dès 1833, Arthur Wilson et Rees expliquent les accidents cérébraux si souvent observés chez les albuminuriques par la présence de l'urée dans le sang et par la désalbumination ? C'est l'aurore des théories toxiques de l'urémie.

En Angleterre, où les affections des reins sont des plus fréquentes, l'attention des cliniciens se portait avec persistance sur les symptômes cérébraux des maladies rénales. On vit, en 1839, Addison faire de ces symptomes une étude approfondie qu'il résumait de la sorte : hébétude de l'esprit, lenteur, paresse à se mouvoir, somnolence, vertiges, diminution de la vue, céphalagie, attaques plus ou moins violentes de stupeur passagère, intermittente ou permanente, suivie ou non de coma ou de convulsions. Que restera-t-il donc à décrire ? les délires.

Les médecins français s'étaient laissé devancer, je dois l'avouer, au point de vue qui nous intéresse spécialement, et c'est en 1852 seulement qu'on doit à la

plume alerte et bien française de Lasègue, une excellente description des accidents cérébraux du mal de Bright. Le mot d'urémie venait d'être inventé par Piorry, en 1847, mais il n'était pas encore très employé.

« Le délire, dit-il, bien que moins commun que les convulsions et le coma. n'est pas très rare, surtout à la période terminale de la maladie. Il peut résumer à *lui seul tous les accidents nerveux* et au lieu de l'incohérence placide des individus affectés de coma, se montrer avec les caractères de la *manie aiguë*. » Il note aussi que, les bourdonnements d'oreille, la surdité à des degrés variables, ont été l'objet d'un examen moins attentif que l'amnésie, malgré leur égale fréquence, et il insiste sur ce point important de diagnostic, que l'albuminurie est fréquente chez les ivrognes et que dans l'apparition des phénomènes délirants, ce point est à considérer. Il fait aussi remarquer, brièvement, il est vrai, combien certains symptômes nerveux de l'urémie ont une grande ressemblance avec ceux de l'hystérie.

Après une bonne description d'Aran, qui, entre parenthèses, signale le Brightisme sans albumine, on trouve dans la thèse de Hubert, 1864, la citation suivante qui consacre un nouveau progrès : « M. Burnett cite un cas de folie à double forme dans lequel on trouvait de l'albumine dans l'urine ; la disparition de l'albumine précédait le retour à la santé. »

On revient alors à la pathogénie. Charcot dit avec Frerichs que les troubles nerveux se rencontrent surtout chez les malades qui ne présentent pas d'hydropisie, en sorte qu'il faudrait admettre que l'œdème s'est localisé dans le système nerveux, comme on le voit souvent n'envahir que des régions très limitées du corps. C'est la théorie que Traube (1871) développera plus tard. En 1872, Halsey insiste sur le délire qui peut suivre la néphrite scarlatineuse, et fait remarquer que ce symptôme est quelquefois accompagné ou précédé d'un embarras de la parole, à rapprocher des paralysies dont Trousseau (1862) avait indiqué la fréquente relation avec les attaques d'éclampsies et qu'il rapportait à des hémorrhagies méningées ou cérébrales, fréquentes, on le savait déjà dans le mal de Bright.

Un 1873, M. Charpy, dans sa thèse sur les *délires aigus*, décrit très bien la forme aiguë du délire urémique : « Ce symptôme, dit-il, qui peut éclater toutes les fois qu'il y a insuffisance de la sécrétion rénale, reconnaît pour cause les produits de désassimilation contenus dans l'urine. Tantôt, il survient au milieu d'un coma qu'il interrompt momentanément par ses rêveries douces et monotones, tantôt, fait beaucoup plus rare, il est la seule manifestation de l'urémie et il revêt alors ou des allures tranquilles ou une forme maniaque : à l'autopsie, on trouve rarement de l'hypérémie, quelquefois de l'œdème sous-arachnoïdien, le plus souvent on constate de l'anémie. »

Cette fois, la somme des connaissances que l'on possède sur les symptômes cérébraux de la maladie de Bright est trop grande pour ne pas avoir besoin d'être résumée.

Hippocrate, Bright, Addison, Trousseau, Lasègue ont mis la question au point. On sait que l'éclampsie précède le délire et qu'elle est souvent accompagnée de paralysies, on connait les maux de tête, les vertiges, les absences, les troubles de la vue et de l'ouïe, l'hébétude, la paresse d'esprit, la démence placide, la forme maniaque, et même la folie à double forme. C'est beaucoup, ce n'est pas tout.

Les hallucinations de l'ouïe sont nettement indiquées par Jolly (1874) et Schotz de Brême (1876) ; et il est remarquable que MM. Dieulafoy et Redon, Dieulafoy et Pissot, qui, après Lasègue et Charpy, rappellent que le délire peut être le premier et souvent le seul symptôme de l'urémie, étudient si minutieusement les troubles de l'ouïe sans faire mention de cette intéressante déviation psychique. Ils adoptent d'ailleurs la doctrine de Rosenstein à savoir que les troubles de l'ouïe sont, dans les cas de ce genre, liés à l'œdème du nerf auditif.

Dans une leçon faite en 1875, sur les attaques apoplectiformes et épileptiformes observées si souvent dans le cours des affections cérébro-spinales, Charcot avait déjà formulé les principales objections qui peuvent être opposées aux théories alors en cours sur la pathogénie de ces accidents.

« Il s'agit, disait il, d'altérations permanentes à évotion lentement progressive. Elles ne sauraient, par conséquent, sans le secours d'autres lésions, expliquer le développement d'accidents qui se produisent le plus souvent presque subitement et peuvent disparaître sans laisser de traces. Je n'ignore pas, ajoutait-il, que beaucoup de médecins font intervenir, aujourd'hui encore, une congestion sanguine partielle, fluxion qui, suivant les besoins de la cause, se porterait sur telle ou telle partie de l'encéphale.

« Je ne saurais, pour mon compte, partager cette manière de voir. Pour justifier mon scepticisme, j'invoquerai d'abord les souvenirs de ceux d'entre vous qui, dans cet hospice, sont attachés au service des aliénés. Combien de fois n'ont-ils pas été désappointés en ne rencontrant pas à l'autopsie la lésion congestive sur laquelle ils comptaient.

« Maintes fois j'ai eu l'occasion de voir succomber à la suite d'attaques apoplectiformes ou épileptiformes, des sujets atteints depuis longtemps d'hémiplégie par ramollissement ou hémorrhagie intra-encéphalique. Or, en pareil cas, quelque attention que j'aie apportée à l'autopsie, il m'a toujours été impossible de découvrir, soit dans les centres nerveux, soit dans les artères, une lésion récente congestive, œdémateuse ou autre pouvant expliquer les symptômes graves qui avaient marqué la terminaison fatale. Je crois, en somme, que dans l'état actuel de la science, l'absence de lésions propres est, anatomiquement parlant, un trait commun à ces attaques, quelle que soit d'ailleurs la forme qu'elles affectent et la maladie à laquelle elles se rattachent. »

La théorie de l'œdème survécut à cette rude attaque. vous l'allez voir reparaitre un peu partout. En 1875, Persoon et Carpentier fournissent cinq observations d'urémie avec œdème cérébral et réaction acide du cerveau ; en outre, M. Carpentier n'hésite pas, l'année suivante, à attribuer une hémiplégie urémique à la prédominance d'un œdème dans l'hémisphère du coté opposé. Cette théorie fut immédiatement adoptee par M. Patch, qui avait observé deux cas d'urémie dans lesquels des accidents épileptiformes s'étaient terminés par un état comateux compliqué d'hémiplégie droite.

Au point de vue psychique, c'est en 1880 que M. Berger mit en lumière la coexistence des hallucinations visuelles de la rétinité brightique. Un an plus tard, M. Hagen fait l'histoire très complète des troubles intellectuels liés aux néphrites, distingue une forme aiguë, une forme chronique et affirme que les affections mentales peuvent être symptomatiques de l'urémie. Presque en même temps, Brieger fait cette remarque suggestive que l'aphasie amnestique observée par lui à la suite

d'attaques éclamptiques doit être assimilée à un trouble post épileptique.

On reconnut peu après que les hémiplégies urémiques ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le supposer et peuvent être imputées à des localisations de l'œdème, comme Jaccoud, 1871, l'avait soupçonné, mais dont il n'a fourni la formule précise qu'en 1884.

Tel était en gros, l'état de la science, quand au mois d'août 1883, je fis résumer dans une thèse sur l'urémie délirante, les propositions que j'enseignais déjà depuis quelques années. La thèse de mon élève, M. Bouvat (1) est importante à un double point de vue.

Tout d'abord, elle formule de la façon la plus catégorique, comme vous pourrez en juger par les citations suivantes, la question de l'importance réciproque des œdèmes et de l'intoxication, et, d'autre part, elle reconnait l'importance des spasmes vasculaires découverts par Johnson, utilisés par Ball et plus tard par Faure.

« En somme, disions-nous, dans l'urémie cérébrale, il y a deux choses à considérer, l'œdème et l'intoxication; quelle que soit du reste la substance toxique, ces deux faits ne paraissent pas du tout s'exclure l'un l'autre. Nous croyons, au contraire, qu'ils agissent tous deux dans la plupart des cas. Si la substance toxique, qui est dans le sang, peut donner lieu à des œdèmes, d'autre part, le sérum épanché contient naturellement la substance toxique en dissolution, et maintient les éléments nerveux dans les meilleures conditions possibles, pour que les phénomènes d'intoxication persistent. De sorte qu'il y a là un véritable cycle.

« Puisque les lésions trouvées à l'autopsie ne peuvent pas rendre compte de tous les cas, on est conduit à admettre que lorsque l'hydropisie et l'œdème existent, ils constituent une des conditions pathogéniques des accidents cérébraux ; mais lorsqu'on ne les trouve pas, il faut conclure à l'existence d'un poison qui agit sur la masse du sang. »

Et plus loin.

« On expliquerait par le spasme vasculaire les désordres nerveux, les troubles dyspnéiques, le délire maniaque et même le coma. Cette théorie nous semble séduisante; n'explique-t-elle pas, en effet, la rapidité avec laquelle les symptômes urémiques se produisent bien souvent, leur disparition soudaine, le caractère mal défini et inconstant du délire?

Mais nous ne pouvons pas nous empêcher de faire remarquer que l'abolition brusque de la circulation dans une région du cerveau entraîne la suppression de la » vis à tergo », et la production de la congestion et de l'œdème, en sorte que, même en admettant volontiers la possibilité de ces spasmes vasculaires, on est ramené à concevoir l'existence d'œdèmes et de congestions secondaires dont les effets pourraient survivre à ceux de la constriction vasculaire qui leur a donné naissance. On sait, en effet, que les infarctus cérébraux sont toujours œdémateux. »

J'enseignais donc dès cette époque que les troubles nerveux, localisés ou non, délirants ou non, que l'on observe chez les urémiques pouvaient bien être dus à des rétrécissements vasculaires, que ces rétrécissements vasculaires engendraient presque forcément des œdèmes et que ces œdèmes étaient toxiques (2).

(1) J. Bouvat. *Essai sur l'urémie délirante.* Thèse de Lyon. Août 1883.

(2) Cette leçon aurait dû paraître avant celle que nous avons publiée dans le nº 24.

ÉPIDÉMIOLOGIE

La diphtérie à Saint-Denis d'octobre 1895 à février 1896;

par L.-E. DUPUY, médecin de l'hôpital de Saint-Denis.

Depuis 1889, la mortalité par diphtérie avait constamment diminué à Saint-Denis jusqu'en 1893, année où elle commença à augmenter légèrement (1). Pendant les trois

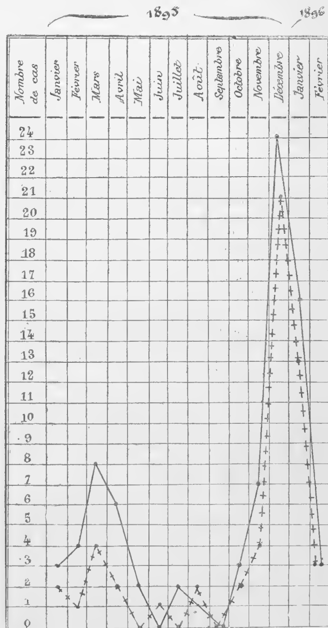


Fig. 1. — La diphtérie à Saint-Denis.

premiers trimestres de 1895, 26 cas seulement, dont 3 décès furent déclarés à la préfecture de police; même les mois de juin et septembre restèrent complètement exempts de diphtérie. Celle-ci reparut en octobre (3 cas), augmenta légèrement en novembre (7 cas) et considérablement en décembre 1895 (24 cas). Le mois de janvier 1896 compte encore 16 cas, et au mois de février, le chiffre de la diphtérie devint normal, tombant à 3.

Ainsi, dans l'espace de quatre mois, 50 cas de diphtérie

(1) Mortalité de la diphtérie dans la ville de Saint-Denis : 1888, 1.23 par 1,000 habitants; 1889, 0.81 par 1,000 habitants; 1892, 0,21 par 1,000 habitants; 1893, 0,45 par 1,000 habitants. — Le Roy des Barres. Rapport sur les maladies épidémiques.

furent observés dans notre ville : ce fait est tout à fait exceptionnel, et nous avons de bonnes raisons pour croire qu'il n'a jamais été atteint antérieurement (1).

Sur ces 50 diphtériques, 40 furent traités dans le service d'isolement de l'hôpital, circonstance favorable à la fois pour étudier cette petite épidémie et pour la combattre. Au point de vue de l'hygiène prophylactique, l'évacuation immédiate des malades à l'hôpital présente, en effet, de grands avantages : elle permet de procéder à la désinfection des objets et locaux contaminés ; de plus, en retirant le diphtérique de la Société aussitôt qu'il est dangereux pour elle, elle ne lui laisse pas le temps de devenir un agent propagateur de sa maladie.

Il faut remarquer, en effet, qu'une fois isolé, il cesse d'être à craindre, grâce aux mesures d'antisepsie médicale en vigueur dans le service et à la façon dont l'isolement y est pratiqué ; nous n'isolons pas seulement les malades infectieux, mais aussi le personnel qui les soigne et qui accepte l'obligation assez dure de coucher et de prendre les repas à part, au Pavillon d'isolement, n'ayant avec le reste du personnel hospitalier que les rapports absolument indispensables.

C'est ainsi qu'aucun cas de diphtérie intérieur, c'est-à-dire né dans l'hôpital, ne s'est déclaré depuis l'année 1882, époque de la création de l'établissement.

Pour être complet, ajoutons que ce succès est dû également au défaut d'encombrement et à l'ingénieuse disposition du service, imaginée par notre collègue et ami Paul Laynaud, architecte de la ville de Saint-Denis, qui permet de réaliser l'isolement individuel de chaque malade (2). Quand cela nous a été possible, nous avons maintenu dans le service les diphtériques aussi longtemps qu'ils présentaient dans la salive les bacilles de Lœffler ; ils ont été ramenés à leurs domiciles respectifs avec leurs vêtements rigoureusement désinfectés.

Le diagnostic bactériologique a été fait pour les 43 malades évacués au Pavillon d'isolement : chez 3 d'entre eux seulement, les bacilles de Lœffler n'ont été décelés ni par l'examen direct des membranes ou exsudats, ni par les cultures.

Nous pouvons diviser les 40 autres, c'est-à-dire les seuls diphtériques en trois catégories suivant la gravité de la maladie en nous basant sur l'albuminurie, l'infection ganglionnaire, l'intensité du tirage et les progrès de l'asphyxie, l'état du poumon, les diverses complications, l'état général, etc.

Première catégorie (cas légers), 16.
Deuxième catégorie (cas d'intensité moyenne), 11.
Troisième catégorie (cas graves), 13 (3).

La majorité des cas, on le voit, était sérieuse dès le début. Il nous est bien difficile, du reste, de définir le caractère général de cette petite épidémie au point de vue de la gravité ; tous nos malades ayant reçu immédiatement après l'examen bactériologique les injections de sérum, il est probable que plus d'un cas bénin serait devenu grave sans la méthode de Roux. Avant l'emploi de celle-ci (4), le pourcentage de la diphtérie nous avait donné une mortalité de 66.53 0/0 : pour nos 40 diphtériques il s'est abaissé à 15 0/0, car il ne s'est produit parmi eux que 6 décès et encore dans les conditions suivantes où la sérumthérapie ne saurait nullement être incriminée :

Chez quatre malades la mort est survenue trois heures, six heures, sept heures, dix-sept heures après l'injection de sérum ; — le cinquième était un enfant de seize jours qui succomba vingt-quatre heures après avoir reçu 8 centimètres cubes de sérum ; — le dernier sérum ; le dernier cas était un croup secondaire chez un rubéoleux avec complication de bronchopneumonie.

En somme, il s'agissait de six cas amenés à l'hôpital dans un état si grave que ni sérothérapie, ni tubage ne permettaient d'espérer la moindre chance de succès. Nous les maintenons neanmoins dans notre statistique parce que dans nos pourcentages précédents nous avions toujours compris tous les cas, même les plus graves. Une mortalité qui de 66.53 0/0 est tombée à 15 0/0 nous suffit pour prouver qu'à Saint-Denis comme ailleurs la belle découverte Behring-Roux a sauvé plus d'un petit malade d'une mort certaine; plusieurs fois elle nous a fait assister à de véritables résurrections ! Dès le début, ces résultats nous avaient paru si encourageants que nous avons employé le sérum, à des doses variant de 8 à 30 centimètres cubes (suivant l'âge du malade et la gravité de la maladie) chez nos 40 diphtériques et, de fait, nous n'avons eu qu'à nous louer d'avoir agi ainsi, n'ayant éprouvé aucun des inconvénients sérieux de la méthode. — Quatre malades seulement présentèrent quelques complications, bien bénignes :

Premier Cas. — Petite fille de 5 ans 1/2, atteinte de dipthérie d'intensité moyenne. Cultures de Lœffler pures ; 29 heures après l'inoculation de 20 centimètres cubes : *Erythème scarlatiforme*, s'étendant sur le corps entier et sur la figure avec démangeaisons vives. Cette éruption s'effaça complètement au bout de 16 heures et fit place, presqu'immédiatement après, à une poussée d'*urticaire* : à ce moment on constata un très-léger précipité d'*albumine* dans les urines qui, préalablement, n'en avaient pas encore présenté.

Toute l'éruption dura 30 *heures* à peine. L'enfant avait déjà eu antérieusement de l'urticaire. La guérison fut prompte et se maintint sans aucun accident intérieur. (Renseignements donnés un mois après la sortie de l'hôpital.)

Deuxième Cas. — Enfant de 13 mois, atteint de diphtérie grave, 9 jours après l'injection de 10 centimètres cubes, on observa de *grands placards d'érythème* à la partie gauche du cou et du thorax, sans démangeaisons. Au bout de 2 jours, la rougeur s'atténue puis disparaît rapidement.

Troisième Cas. — Enfant de 3 ans. Lœffler pur ; bien que le cas fut léger, 20 centimètres cubes furent injectés ; 11 jours après, on note sur le thorax une *éruption érythémateuse* accompagnée de vives démangeaisons. Au bout de 3 jours, tout avait disparu.

Quatrième Cas. — Fillette de 6 ans, Lœffler pur ; diphtérie bénigne, injection de 20 centimètres cubes ; 14 jours après, survient un léger *erythème du tronc* et le lendemain *arthropathies* du genou et de la hanche qui durèrent 5 jours et occasionnèrent une température de 38°,4. Amendement rapide.

A la lecture de ces observations, on pourra nous reprocher d'avoir abusé de la sérumthérapie ; mais il ne faut pas oublier que nous étions en présence d'une épidémie, que la population avait subi un certain degré d'affolement, que les mères amenaient leurs enfants à l'hôpital dès les premiers symptômes constatés par les médecins de la ville et, invoquant les précédentes guérisons, réclamèrent avec instance pour leurs enfants l'emploi de la méthode qui avait si bien réussi aux autres.

Depuis que l'épidémicité a disparu, nous n'injectons plus, avant l'apparition de symtômes ayant un certain caractère de gravité, quoique nous ayons été frappé de ce fait qu'en dehors des inoculations *la guérison est plus lente et que ces exsudats se détachent plus longuement et avec plus de difficulté.*

Ce que nous avons observé nous porte à croire que l'examen bactériologique ne doit pas être le seul guide lorsqu'il s'agit de décider l'*opportunité d'une injection de sérum*. Ici encore, et quoiqu'on en ait dit, les sages traditions de l'*observation clinique* ne perdent pas tous leurs droits et alors même que nous avons été en présence de

(1) C'est en nous basant sur le nombre des cas traités aux Pavillons d'isolement de l'hopital que nous sommes arrivés à cette presomption.

(2) Pour la description de ce service, consulter l'article : « *Isolement et antisepsie médicale à l'Hôpital de Saint-Denis* » (*Progrès médical*, 1891, n° 50, 51, 52).

(3) *Tableau des diphtériques classés par âge.* — Enfants ayant moins d'un an, 3 ; ayant 1 an, 6 ; ayant 2 ans, 3 ; ayant 3 ans, 10 ; ayant 4 ans, 3 ; ayant 5 ans, 8 ; ayant 6 ans, 3 ; ayant 7 ans, 1 ; ayant 8 ans, 4 ; ayant 9 ans 1 ; ayant 11 ans, 1. Total, 40.— Sexe : 17 filles, 23 garçons.

(4) De 1882 à 1894.

surabondantes colonies de bacilles de Lœfler, nous avons attendu sans inconvénient, l'apparition de symtômes assez sérieux pour justifier l'emploi du sérum.

Les classes peu aisées ont surtout été atteintes, ainsi que le prouve la forte proportion des cas traités à l'Hôpital (1).

La maladie a apparu brusquement et simultanément dans les quartiers les plus divers et les plus éloignés de la ville; nous n'avons pu relever aucun foyer épidémique de maison. Une seule fois dans une maison (2) deux cas ont été signalés : il s'agissait de deux sœurs entrées toutes deux dans le service d'isolement, à trois jours d'intervalle.

Dans la rue du Landy, un cas a été déclaré au n° 65 et un second dans la maison voisine (n° 67); vérification faite, l'enfant du n° 65 était en nourrice dans le département de Seine-et-Oise et avait été conduit directement de là à l'Hôpital, sans avoir même passé rue du Landy où ses parents ont leur domicile

En somme, nous sommes bien loin de ces foyers de maison signalés en 1889 par M. Le Roy des Barres (3) et ayant amené chacun plusieurs cas d'infection diphtérique. Nous avons, à la même époque décrit, un de ces foyers: (4) une maison neuve, mais mal tenue et pauvrement habitée quatre cas s'y sont déclarés dans le cours de 1889, donnant lieu à quatre décès.

L'hygiène prophylactique a donc fait des progrès très réels à Saint-Denis depuis 1889; non seulement les désinfections pratiquées à domicile sont plus complètes actuellement qu'à cette époque, mais elles sont mieux acceptées par les familles, et semblent, en quelque sorte, entrées dans les mœurs. La preuve en est que nous avons obtenu de la plupart des mères de nous laisser les enfants au service d'isolement deux ou trois semaines après leur complète guérison. en leur faisant comprendre l'utilité de ce véritable sacrifice au point de vue de la sécurité sociale.

L'*absence de foyers* et la *brusque dissémination de la maladie dans les quartiers de la ville les plus opposés nous paraissent la caractéristique de cette petite épidémie.* En constatant ce dernier fait, il nous a aussi semblé, de prime abord, que la maladie avait dû être importée chez nous par les habitants de ces divers quartiers ayant des rapports fréquents avec quelque localité voisine contaminée. Dirigeant nos recherches dans ce sens, nous avons pu constater que, dans les localités les plus rapprochées de Saint-Denis (Saint-Ouen, Aubervilliers, Ile-Saint-Denis, Epinay, Pierrefite), quelques rares cas de diphtérie étaient seuls mentionnés dans les statistiques dressées par les soins de la Préfecture de Police. A Paris, au contraire, on constatait, dès le mois d'octobre, 47 cas de diphtérie dans les quartiers de Clignancourt, des Grandes-Carrières et de la Villette; en novembre, Clignancourt présentait, à lui seul, 40 cas.

Or, les relations entre la population ouvrière de ces quartiers et celle de Saint-Denis sont d'autant plus fréquentes qu'elles sont facilitées par de nombreux moyens de communication. Il n'est pas rare que la moitié des membres d'une même famille travaille à Montmartre ou à la Villette et l'autre à Saint-Denis.

Une seule manufacture de notre ville emploie constamment une moyenne de près de cent ouvriers domiciliés à Clignancourt. Les relations de travail finissent par amener entre les familles des visites respectives dont les enfants ne sont pas exclus, surtout au moment des fêtes foraines; précisément les fêtes patronale et foraine de Saint-Denis se tiennent au mois d'octobre: elles sont des plus fréquentées. Il nous semble donc fort probable que la diphtérie a émigré par cette voie de Montmartre à Saint-Denis, dans les derniers jours d'octobre 1895.

Tels sont les principaux traits de cette petite épidémie, menaçante à ses débuts, mais promptement arrêtée grâce à l'hygiene prophylactique, à l'antisepsie médicale et à la sérumthérapie. Ces moyens permettent de lutter contre le principe même de la diphtérie: le jour où ils seront universellement et strictement appliqués, nulle doute que cette maladie si meurtrière ne soit réduite aux proportions auxquelles la vaccine a réduit la variole.

(1) Il y a tout lieu de croire que la loi du 30 novembre 1892 a strictement appliquée à Saint-Denis.

(2) 8, rue Catulienne.

(3) *Loc. cit.*

(4) *Loc. cit.*

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

Sur l'hémoglobine médicinale;

par le Dr Paul CORNET.

On utilise jusqu'à présent pour les usages médicaux, une hémoglobine, dite *soluble*. On présente ordinairement ce produit sous forme de paillettes plus ou moins belles; ou bien de petits grains irréguliers plus ou moins rougeâtres ou violacés. à reflets brillants et métalliques, et de parfaite conservation. Cette hémoglobine est retirée du sang frais (de cheval, le plus souvent). bien défibriné. Ce liquide est versé dans des vases assez profonds, où, par le repos, il se dédouble en plusieurs couches, dont l'inférieure contient les globules et sert à la préparation industrielle du médicament. A cet effet, la couche globuleuse est traitée par l'éther, puis étalée sur des plaques et séchée rapidement à l'étuve. Cette hémoglobine est reprise par l'eau, puis additionnée de 50 à 60 0/0 de son poids d'une solution de gomme. Cette hémoglobine gommeuse est remise une deuxième fois à l'étuve sur des plaques de verre, et se présente alors, après raclage, sous forme de ces paillettes bien connues.

Mais, et c'est ici que nous attirons l'attention médicale, cette hémoglobine, dite soluble, ne l'est pas du tout dans l'alcool, en raison de la gomme qui sert à la préparer et de l'albumine retenue avec les globules. De sorte que le vin en particulier est un véhicule d'autant plus impropre pour cette hémoglobine gommée, qu'il est plus alcoolique. On est dans l'obligation manipulatoire, de dissoudre d'abord l'hémoglobine dans l'eau, puis d'ajouter au vin cette solution préalable ; mais alors il se forme un abondant précipité, lequel entraîne avec lui un poids important d'hémoglobine inutilisée. La conclusion pratique est la suivante: le vin et l'élixir d'hémoglobine sont deux mauvaises préparations pharmaceutiques en raison du peu de principe actif qu'on peut y introduire. Cependant l'hémoglobine peut être obtenue *plus soluble* et *plus assimilable.* Cette autre préparation consiste d'abord à laisser déposer le sang défibriné dans des vases refroidis vers 0°. La couche inférieure est traitée par l'éther et lavée plusieurs fois, dans le but de debarrasser les globules des matières grasses et albuminoïdes (l'albumine ne peut être enlevée d'une manière complète). La dessication a lieu dans le vide, en prenant soin de maintenir une température constamment basse. On obtient dans ces conditions, une hémoglobine *remarquablement soluble dans tous les vins*, en particulier dans les vins liquoreux (muscat, samos, malaga. moscatel, etc.) avec lesquels on obtient des solutions limpides d'un rouge très foncé, et, susceptibles de contenir jusqu'à 100 et 150 gr. d'hémoglobine par litre. Ce produit ne peut figurer sous forme de paillettes en raison de l'absence de gomme.

Il nous semble alors que la meilleure forme à lui donner consiste à compléter la pulvérulence d'origine en présentant une poudre bien faite.

Cette poudre d'hémoglobine soluble est d'un rouge brun, rappelant la couleur du sous-carbonate de fer. Elle forme avec l'eau distillée des solutions limpides, d'un beau rouge pourpre, ou plus ou moins foncé. Ajoutons enfin, pour compléter les quelques caractères que nous avons pu apprécier, que l'hémoglobine préparée suivant les indications que nous offrons plus haut, présente avec addition d'alcool à 90°, un trouble et ensuite un dépôt dont la couleur rappelle celle du sang; au contraire, l'hémoglobine médicinale, telle que l'industrie la prépare, offre dans les mêmes conditions, un trouble et un dépôt dont la couleur

est nettement celle de la rouille. Ce qui tenderait à nous faire admettre, qu'en désséchant l'hémoglobine à température élevée, on altère le globule sanguin en mettant de l'oxyde de fer en liberté.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Service médical de l'Exposition de 1900.

Une personne, très renseignée et très bien intentionnée à notre égard, nous informe que le projet de service médical que nous avons proposé pour l'Exposition de 1900 a été rejeté, presqu'à *l'unanimité*, par la Commission ou Autorité dite compétente. Cela ne nous étonne nullement, et cela ne doit surprendre que ceux qui ne connaissent pas suffisamment la façon dont, dans ces commissions, on discute les questions les plus sérieuses.

Il est piquant, toutefois, de remarquer que notre système d'assistance chirurgicale instantanée vient, précisément, le mois dernier, d'être adopté par le Conseil municipal de Paris. Pour être logique, il faut conclure que ce qui est bon pour Paris tout entier ne vaut rien pour le quartier du Champ-de-Mars; que ce qui vient d'être déclaré excellent pour le quartier de l'Hôpital-Saint-Louis est exécrable pour celui où se trouvera la future Exposition! Tout cela serait extrêmement drôle, si ce n'était profondément écœurant. On ne nous a même pas prié de venir exposer et défendre notre projet(1). On nous a simplement décapité, à la mode antique, parce que nous... gênions. C'est un procédé évidemment plus simple et plus expéditif.

Il en résultera ce fait extraordinaire que l'Exposition de 1900, qui doit être le prétendu dernier cri de cette fin de siècle, n'égalera même pas celle de Chicago, tant blaguée par les Parisiens..., qui ne l'ont pas vue! Plus ça change, plus c'est la même chose. Nous ne serions plus en France, — et sous la coupe de l'Ecole Polytechnique —, s'il n'en était pas ainsi! M. B.

L'Hôpital de l'Association des Dames françaises à Paris.

Dimanche dernier a eu lieu l'inauguration de l'*Hôpital d'instruction pour les dames ambulancières de l'Association des Dames françaises*, qui vient d'être construit à Auteuil, rue Michel-Ange, 93.

Le but de cette fondation, dit le *Temps*, est de compléter l'œuvre de l'Association qui, depuis dix-neuf ans déjà, donne aux dames l'enseignement théorique dans les cours en mettant ces ambulancières volontaires à même de recevoir aussi l'enseignement pratique qui ne se peut donner que dans un hôpital. Cet enseignement pratique, les dames ambulancières ne pouvaient le recevoir qu'avec difficulté dans les hôpitaux de Paris, réservés aux étudiants en médecine. Les cliniques, naturellement, ne sont pas faites pour elles, et elles hésitaient à s'y présenter pour recueillir avec peine quelques notions qu'il leur faut dégager d'une foule d'autres dont elles n'ont pas besoin. Il y a déjà longtemps qu'en Allemagne, par exemple, ont été créés des hôpitaux d'instruction spéciales aux dames ambulancières. Ils y existent en grand nombre, tandis que nous n'en avions pas un seul en France. La fondation de la rue Michel-Ange vient combler cette lacune, en ce qui concerne Paris tout au moins.

L'établissement se compose de l'hôpital proprement dit, bâtiment construit en briques avec charpente en fer, comprenant un rez-de-chaussée et un premier étage, d'un grand magasin de 38 mètres de long, comprenant un rez-de-chaussée, un entresol et deux étages, de deux autres magasins moins importants auxquels sont adjointes deux salles servant de dépôts, l'une pour les vêtements des malades entrant, l'autre de dépôt d'armes, et enfin une salle des morts et une salle d'attente pour les inhumations. Au rez-de-chaussée de l'hôpital se trouvent les bains, la salle de désinfection, les salles d'opérations, de consultation, les bureaux et la pharmacie. Le premier étage tout entier est occupé par une vaste salle où sont installés vingt-quatre lits pour les malades. Tout le service s'y fait à l'aide de monte-charge. Derrière l'hopital se trouve un jardin composé d'allées de marronniers de 60 mètres où peuvent se promener les convalescents. Enfin, derrière les marronniers se trouve un vaste espace libre où, en temps de guerre, pourraient être installées au besoin cinq tentes contenant chacune vingt lits. Les services généraux pour cet hôpital, ainsi porté de vingt-quatre lits à cent vingt-quatre, n'auraient pas à changer; ces services sont prévus dans le sous-sol et le rez-de-chaussée du bâtiment principal. Le personnel et le matériel seulement devraient être augmentés, et le seraient avec la plus grande facilité, le matériel étant toujours dans le magasin ingénieusement aménagé et l'association fournissant un personnel aussi nombreux qu'on le peut désirer, et parfaitement instruit.

L'hôpital recevra en temps de paix des blessés et des malades militaires ou civils, mais de préférence des militaires libérés du service, comme nos soldats de l'armée coloniale qui quittent l'armée en proie à des maladies contractées sous le ciel du Tonkin ou de Madagascar. Le service sera fait, cela va sans dire, par les Dames françaises.

A l'occasion de cette inauguration, les palmes académiques ont été remises par M. François Leydier, représentant le ministre de l'instruction publique, à Mme Pochet de Tinan, un des membres les plus dévoués de l'Association, qui s'est particulièrement distinguée au Havre pendant la guerre de 1870 et pendant l'épidémie cholérique.

On nous a fait jadis l'honneur de nous demander notre avis sur le mode de construction de cet hôpital. Nous aurions voulu voir créer par cette Association un véritable *Hôpital de Prompts Secours*; et à ce sujet, nous aurions bien des choses à dire! Mais aujourd'hui nous ne pouvons et ne devons qu'adresser aux fondateurs de cet établissement de bienfaisance nos patriotiques félicitations.

M. B.

(1) M. le Commissaire général, inspecteur général des ponts et chaussées, ne nous a pas fait l'honneur de répondre à la lettre que nous lui avons récemment adressée pour le prier de vouloir bien nous appeler devant la Commission dite compétente.

Assistance publique. — La 3e Commission du Conseil général de la Seine, qui a dans ses attributions l'Assistance publique départementale, est ainsi composée : MM. Archain, Astier, Baudin (P.), Bernard(P.), Berthelot, Bompard, vice-président, Brousse, Caron, secrétaire, Daniel, Dubois, Faillet, vice-president, Gay, Gibert, (Ed.), Lefèvre, (A.), Levraud, Lopin, Navarre, président, Patenne, Piperaud, Ranton, Rebillard, Strauss, Thuilier, secrétaire, Villain (G.).

Service de santé militaire. — D'après la nouvelle loi sur le haut personnel militaire, les nouvelles limites d'age seront imposées aux médecins et pharmaciens inspecteurs.

Université de Liège. — M. le Dr Polis est nommé chef des travaux chirurgicaux à l'Université de Liège.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 27 juin 1896. — Présidence de M. Chauveau.

M. Grimbert a examiné sur sept espèces de Bacterium coli d'origines diverses le *rôle de ce bacille dans la transformation du lactose*, et a constaté que la propriété de produire avec lui de l'acide succinique était commune à ces différentes espèces ; ce qui les rapproche au point de vue chimique du pneumo-bacille de Friedländer.

MM. Déjerine et Thomas rapportent une *observation de paralysie radiculaire du plexus brachial* dans laquelle l'autopsie révéla une atrophie très marquée de la première racine dorsale et de la huitième cervicale, englobées dans un exsudat méningé granuleux. L'examen de la moelle montre au niveau de la sixième paire dorsale une dégénérescence du cordon de Burdach allant jusqu'à la racine postérieure, et portant évidemment sur les branches descendante des racines postérieures.

M. Féré rapporte l'observation d'une femme atteinte d'*agolastie*, et montre que cette affection peut être héréditaire et familiale.

MM. Ch. Richet et A. Broca ont recherché l'*influence de la température* sur la contraction musculaire des animaux à sang chaud. Le froid paralyse la contraction dans les muscles ordinaires chez le chien, mais non dans le muscle lingual, habitué aux variations de température.

M. Auché a examiné le *coefficient urotoxique des urines* et l'a trouvé diminué dans deux cas, l'un de lymphadénie, l'autre de tuberculose chronique.

M. Beauregard dépose une note sur les *oscillations négatives* déterminées dans le nerf acoustique sous l'influence des sensations auditives.

M. Bourneville présente un nouveau cas *d'idiotie avec cachexie pachydermique après le traitement.* (Sera publié prochainement).

M. J. Winter. — *Sur le rôle des plasmas et des chlorures dans l'organisme.* — Les recherches que résume M. Winter concernent l'influence de la concentration sur la marche des phénomènes physiologiques. Il rappelle que la concentration de tout liquide organique est formée d'une partie constante, répondant à l'état de repos de l'organe, et d'une partie variable répondant à la modification de la première sous l'influence du travail chimique de la fonction. Cette partie variable est limitée par l'intervention des forces osmotiques. Il se produit, avec l'accroissement de la concentration, des mouvements d'eau et des modifications transitoires de la richesse chlorurique. C'est grâce à la grande diffusibilité des *chlorures*, à leur facile déplacement, que la concentration initiale peut subir des transformations étendues. Il y a conflit entre la matière organique et les chlorures. En ne considérant que ce fait, il est facile de comprendre que la disparition des chlorures empêcherait toute transformation des solutions à partir d'une certaine limite. Mais cette conséquence devient plus saisissante si l'on schématise tous les faits. On est en effet conduit à envisager les plasmas comme de véritables piles où, le noyau étant considéré comme un centre d'attraction, comme un pôle, se développe de l'énergie nerveuse et calorifique par modification de l'énergie chimique mise en jeu par les réactions. Le courant, ainsi produit dans les solutions, ne peut s'y propager qu'à la faveur des chlorures, la résistance intérieure de cette pile augmentant avec la matière organique. Cette complication, qui fait des plasmas et de leurs constituants la source et le milieu de propagation de l'énergie nerveuse, permet de comprendre les résultats énoncés plus haut, surtout ceux qui se rapportent aux oscillations des chlorures et qui entraînent des oscillations correspondantes de la conductibilité des milieux plasmatiques.

Elections. — 1er tour : MM. Renon, 29 voix ; Chabrier, 21 voix ; Weiss, 11 voix. — 2e tour : M. Renon, 34 voix, élu. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 juin 1896. — Présidence de M. Hervieux.

Des injections sous-cutanées massives de sérum artificiel dans les septicémies opératoires et puerpérales.

M. Pozzi lit un rapport sur le mémoire de M. Duret (de Lille). Les injections intraveineuses dans les cas graves, sous-cutanées dans les cas plus légers, sont fort utiles pour relever la pression intravasculaire, exciter la fonction phagocytaire, éliminer les toxines. Le meilleur liquide semble être la solution de chlorure de sodium au centième. On peut injecter jusqu'à deux et trois litres par jour. Les résultats obtenus semblent des plus encourageants.

M. Reclus a essayé récemment ces injections sans succès, d'ailleurs, dans un cas de rage confirmée. L'effet calmant sur les crises fut pourtant réel. Un point intéressant de l'observation est qu'un traumatisme opératoire (autoplastie de la face), a paru contribuer à faire éclater les accidents rabiques. Le traitement pastorien avait été suivi un peu tardivement.

M. Championnière a vu les injections efficaces dans les accidents de choc d'anémie aiguë. Il croit peu à leur action sur la septicémie. Il rappelle, qu'après les opérations, la sténocémie intestinale, l'ébranlement nerveux peuvent donner des accidents pseudo-septicémiques et de guérison facile.

M. Péan n'emploie plus que les injections sous-cutanées, plus sûres et moins dangereuses que les injections intraveineuses.

M. Pinard, comme M. Championnière, croit à l'efficacité dans les hémorrhagies plutôt que dans les septicémies.

M. Pozzi défend les injections en cas de septicémie. Leur effet semble démontré au moins au début. Sans doute, les expériences sur le lavage du sang chez les animaux infectés, ont paru peu favorables à la méthode. Mais les conditions cliniques sont différentes et au moins dans un cas, M. Pozzi a assisté à une vraie résurrection.

M. Championnière maintient ses réserves; il croit qu'on doit lutter contre l'engouement excessif que fait dans les septicémies négliger le traitement général; injecter juqu'à dix litres de liquide au pire d'une congestion rénale et parfois pulmonaire intense.

MM. Pinard et Porak tendent, eux aussi, à réserver les injections aux cas d'hémorrhagies et à n'employer que les injections sous-cutanées.

M. Pozzi, dans les cas ordinaires préfère, l'injection sous-cutanée qui n'expose pas à l'œdème du poumon par augmentation brusque de la pression sanguine Mais en cas de collapsus cardiaque, l'injection intra-veineuse semble stimuler directement l'endocarde.

M. Dumontpallier rappelle l'engouement excessif excité autrefois par la transfusion du sang et qui fut si nuisible à cette méthode.

MM. Pinard et Tarnier croient qu'au moins pour les hémorrhagies puerpérales, les injections sont merveilleuses. M. Tarnier rappelle les guérisons spontanées observées parfois dans la septicémie.

M. Péan résume cette discussion au point de vue pratique, en montrant : 1° que les injections doivent être employées dans les hémorrhagies, peuvent l'être dans les septicémies avec quelque avantage; 2° que les injections sous-cutanées sont suffisantes et préférables.

Les huîtres et la fièvre typhoïde.

M. Cornil lit un rapport approuvant pleinement les conclusions du récent mémoire de M. Chantemesse. L'Académie émet le vœu que l'aménagement des parcs et les importations étrangères soient surveillés. Les huitres provenant de points contaminés devraient être placées huit jours au moins dans des parcs baignés par l'eau de mer pure.

De la dilatation de la glotte dans les spasmes laryngiens et dans le croup en particulier.

MM. Variot et Glover étudient le rôle du spasme

laryngé dans les accidents de suffocation du croup. Ils étudient : 1° la dilatation active continue au moyen d'un tube gradué, chez les enfants au-dessous de deux ans avec spasme laryngé facile; 2° la dilatation active passagère chez les enfants un peu plus âgés; 3° la dilatation avec écouvillonnage en cas de trachéohovelute membraneuse ; 4° la trachéotomie en cas d'abondantes mucosités purulentes qui obstruent le tube. Voici leurs conclusions : 1° dans quelques cas, la dilatation de la glotte dans le group permet d'éviter le tube à demeure; 2° l'intubation elle-même envisagée comme une méthode dilatatrice devient un procédé chirurgical plus pratique, qui évite presque généralement le rejet spontané des tubes et abrège la durée de leur séjour, diminue les chances d'ulcération, du larynx et de rétrécissement organique consécutif au tubage prolongé et aux nombreux retubages successifs.

Les rayons de Rœntgen.

M. Fournier présente, au nom de MM. Oudin et Barthélemy, des photographies par rayons Rœntgen, des masses musculaires dans un cas de myosite progressive ossifiante.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 26 juin 1896. — Présidence de M. d'Heilly.

M. Widal. — *Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.* — On fait une piqure au niveau de l'index, suivant la méthode indiquée par M. Hayem dans son livre sur le *sang* et on tire un centimètre cube ou même moins. Au bout de quelques instants le caillot se forme et le sérum surnage. Il suffit alors de mélanger une goutte de ce sérum à 10 gouttes de bouillon de culture de bacille typhique un peu ancienne, et au bout de deux ou trois heures, lorsqu'on agite l'éprouvette, un trouble caractéristique se produit. Sous le microscope, les bâtonnets apparaissent agglutinés et le doute est impossible si on compare avec la culture de bacille sans adjonction de sérum. Chez six typhiques, ce phénomène s'est produit, tandis qu'il a manqué chez 21 autres sujets bien portants ou atteints de diverses maladies.

M. Comby. — *Paralysie arsenicale chez une petite fille de 7 ans.* — L'enfant entra à l'hôpital Trousseau le 9 mars, pour une chorée intense, elle n'avait ni antécédents rhumatismaux, ni cardiopathie. Elle fut soumise au traitement arsenical par la liqueur de Boudin et sortit le 5 avril, après avoir présenté le cinquième jour du traitement quelques phénomènes d'intolérance par l'arsenic. On la ramena à l'hôpital le 11 mai, avec une paraplégie datant de six jours. On notait une importance absolue des membres inférieurs, abolition des réflexes patellaires et de la sensibilité plantaire au chatouillement, conservation de la sensibilité à la douleur; pas d'atrophie musculaire, pas de troubles trophiques. Traitement par l'électrisation, la strychnine et les bains sulfureux. Malgré cela la paralysie gagna le tronc et les membres supérieurs, les sphincters le prirent : au bout de dix jours, l'incontinence cessa, les mouvements reparurent dans les membres supérieurs, puis dans les membres inférieurs. Elle était définitivement guérie le 20 juin. Il n'y a pas la simple polynévrite, la moelle a été touchée par le poison. Il faut donc arrêter le traitement dès que les phénomènes d'intolérance se manifestent.

M. Rendu. — La théorie de M. Comby est peut-être trop absolue; la moelle n'est pas toujours atteinte et il y a une variété d'arsénicémie qui porte sur les nerfs périphériques.

M. Catrin tient à signaler que la *liqueur de Boudin* ne se fait plus suivant la formule de son inventeur et que les pharmaciens y ajoutent maintenant de l'acide chlorhydrique, qui augmente la solubilité de l'acide arsénieux. L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 juin 1896. — Présidence de M. Ch. Monod.

Cholédochotomie.

M. Quénu. — Il ne faut pas attendre que le diagnostic de calcul de cholédoque soit indiscutable pour opérer. Sans cela, on n'aurait que des désastres, car on opérerait trop tard. Donc quand on a un malade atteint d'ictère chronique, de décoloration fécale, de matité hépatique, il faut faire une laparotomie, qui permet alors de se renseigner et de remédier au mal si possible. Le choix de l'incision doit être discuté. L'incision sera médiane quand il s'agit du cholédoque et latérale quand il s'agit de la vésicule. La suture du cholédoque demande à être étudiée; il est peut-être préférable de ne pas suturer.

Traitement des fractures de la jambe par l'extension continue.

M. Hennequin présente un appareil et un mémoire à l'appui.

M. Nélaton. — Depuis que M. Hennequin applique son appareil, il supprime toute intervention chirurgicale dans le traitement des fractures obliques.

M. Berger. — Les appareils actuels suffisent-ils pour guérir toutes les fractures obliques de la jambe ! Il ne faut pas être trop exclusif. Avec les appareils on a de temps en temps des résultats peu satisfaisants ; l'appareil plâtré mis primitivement est dangereux. Le Scultet pendant les premiers jours est préférable, et encore a-t-on parfois une déformation en sens inverse. Quant à la pointe du fragment saillante, elle est peu redoutable. Mais le raccourcissement doit davantage être redouté et le chirurgien doit surveiller son appareil, pour être sûr de ne pas avoir de raccourcissement. Quant à l'intervention chirurgicale, je ne crois pas qu'en dehors des cas d'interposition de muscle ou de tendon, elle donne de meilleurs résultats que les appareils. Elle donne des raccourcissements et on ouvre un foyer de fracture.

M. Delorme. — M. Berger vient de faire revivre l'antique discussion entre les appareils inamovibles et les mobiles. Les bons, je crois, sont les appareils mobiles. Les inamovibles donnent une sécurité trop grande, et la surveillance prévoyante des appareils amovo-inamovibles est une sécurité. Cette surveillance n'a pas besoin d'être journalière; elle est suffisante tous les trois ou quatre jours. Quant à la traction sur le cou-de-pied, elle peut se faire sans danger, tant qu'elle se fait au-dessus d'une épaisse couche d'ouate, comme le voulait A. Guérin. La déformation antéro-postérieure, à concavité antérieure, est due à l'application de tampons, comprimant trop localement.

M. Robert présente un malade atteint de *cysticerque de l'œil gauche.*

M. Potherat présente un malade opéré d'*amputation du pied.* M. B.

Ordre du jour de la séance du 8 juillet 1896.

Suite de la discussion sur les *greffes chirurgicales.* (MM. Kirmisson, Schwartz, Monod)

Rapport sur une observation de *cholecystenterostomie* par M. Delbet. Rapport par M. Broca.

Communication sur la *résection du ganglion de Gasser,* par M. Poirier.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du jeudi 11 juin 1896.

Le détroit moyen.

M. Brindeau délimite le détroit moyen par un plan passant par les épines sciatiques et les quatrièmes tubercules sacrés. Ce plan coupe généralement la symphyse pubienne au niveau de son tiers inférieur; de plus, il va passer en arrière très près de l'articulation de la quatrième et cinquième vertèbre sacrée. Il existe à l'état normal un rétrécissement de l'incurvation au niveau du détroit moyen. Ce rétrécissement porte surtout sur le diamètre bi-sciatique qui est de 10 c. 8 au lieu de 12 à 13 c. que l'on constate au niveau du diamètre bi-ischiatique. Le détroit moyen est rétréci dans tous ses diamètres dans les bassins cyphotiques ; dans certains cas même la distance bi-sciatique peut être inférieure à la distance bi-ischiatique, ce qui peut amener l'arrêt de la partie fœtale au niveau de ces parties osseuses Dans les bassins asymétriques, le bassin de Nœgelé, par exemple, où ce rétrécissement atteint son maximum, l'atrophie de l'articulation du sacrum amène une diminution du diamètre transversal de toute l'excavation et en particulier du diamètre bi-sciatique.

Le pronostic du rétrécissement du détroit moyen est en général très grave. Dans quelques cas cependant la pression sur les apophyses sciatiques est tellement prononcée qu'elle peut amener des déchirures de la paroi vaginale ou des lésions du cuir chevelu du fœtus.

M. Budin fait remarquer que par suite du relâchement des symphyses ces rétrécissements se corrigent au moment de l'accouchement. Il insiste sur ce fait, que la saillie des épines sciatiques n'est perceptible qu'à la fin de la grossesse, alors que les ligaments sont ramollis. Au début ou en l'absence de grossesse, ceux-ci forment une ligne rigide, qui se continue avec les épines osseuses et en masque la saillie.

Faradisation de l'utérus.

M. Poitou-Duplessis, s'inspirant des essais faits autrefois par de Saint-Germain à la Maternité de l'hôpital Cochin, M. Pointou-Duplessis est arrivé a accélérer les contractions utérines chez une femme dont le travail traînait en longueur. Il a employé la pile de Gaiffe au bisulfate de mercure. Un des pôles fut appliqué sur l'abdomen, l'autre représenté par un conducteur recouvert de gutta-percha, à extrémité libre métallique, fut introduit au contact du col utérin. Le résultat fut aussi heureux que rapide, les contractions utérines non seulement furent réveillées et énergiques, mais elles se maintinrent après la cessation du courant électrique qui ne dura pas plus de cinq minutes. Le col se dilata rapidement et permit bientôt l'introduction du forceps. L'auteur a encore employé ce procédé avec succès dans deux cas d'hémorrhagies tardives du post-partum.

M. Pichevin rapporte l'histoire d'une femme qui entra a l'hôpital pour une *tumeur inflammatoire située dans le cul-de-sac postérieur.* Au bout de quelques jours il survint une arthrite du poignet présentant tous les caractères d'une arthrite blennorrhagique. On incise le cul-de-sac postérieur, on ouvre une trompe pleine d'un pus contenant des gonocoques et des staphylocoques. Le lendemain chute de la température et disparition de l'arthrite. Cette observation tend a démontrer que dans le rhumatisme blennorrhagique il est bon de traiter la blennorrhagie dans son siège. M. Rendu a souvent remarqué que certaines arthrites blennorrhagiques étaient favorablement modifiées par des injections uréthrales au permanganate. Chez une autre femme, accouchée depuis un mois et atteinte de blennorrhagie uréthrale, un ganglion qui existait à la région sous-claviculaire depuis l'âge de 9 ans, s'enflamma et s'abcéda. Dans le pus de l'abcès on trouva des gonocoques.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 11 juin 1896.

M. Sabouraud fait une communication sur *les origines de la pelade.* Dans la phase initiale de la pelade vulgaire bénigne, on trouve des microbes; mais dès que la plaque est constituée ceux-ci disparaissent complètement. La lésion initiale seule est donc microbienne; les follicules sont envahis par des colonies pures d'un bacille, qui a été trouvé toujours le même. Ces colonies sont enclavées dans une sorte de cocon, occupant le tiers supérieur du follicule pilaire (utricule péladique). Cette infection microbienne préexiste à toute lésion histologique et elle suffit à expliquer les altérations ultérieures qui débutent autour de l'utricule. Ces lésions semblent, en effet des lésions d'intoxication à distance (achromie de la couche cellulaire profonde du corps muqueux; diapédèse intense de leucocytes; atrophie des follicules pilaires). Dans la pelade décalvante chronique (forme dans laquelle la permanence du symptôme accuse la permanence de la cause morbide), le même microbe se retrouve constamment avec les mêmes localisations et le plus souvent en abondance extraordinaire. Ce microbe est un fin bacille colorable, notamment par la méthode de Gram.

M. Darier présente une malade atteinte *de dermatite herpétiforme.* Ainsi que l'avaient indiqué MM. Leradde et Perrin, les cellules éosinophiles abondent dans le sang et dans le liquide des bulles. Cette éosinophilie ne se rencontre à un même degré sans aucune autre dermatose.

M. Darier présente un malade atteint d'*ulcère perforant du voile du palais.* Les accidents syphilitiques ont passé inaperçus et M. Darier se demande s'il faut rattacher à la syphilis cette ulcération.

M. Danlos fait une communication sur *quelques préparations arsenicales.*

M. Fournier présente une malade atteint de *syphilis médullaire.* Symptomatologie rappelant la pachyméningite cervicale hypertrophique. Guérison par les injections de calomel et l'iodure de potassium. M. Fournier insiste sur l'importance d'un diagnostic précoce, cette syphilis médullaire supérieure pouvant alors guérir, tandis que plus tard la paraplégie spasmodique apparaît et le traitement échoue.

M. Galezowski fait une communication sur les *artérites syphilitiques rétiniennes avec thromboses rétiniennes.*

M. Eudlitz présente une malade atteinte de *dermatite exfoliatrice d'origine mercurielle consécutive à des pansements au sublimé.*

M. G. Brouardel communique un cas d'*éléphantiasis des organes génitaux*, consécutif à l'ablation des ganglions inguinaux suppurés. Les testicules ont subi une augmentation de volume et il y a du liquide dans les vaginales.

MM. Hallopeau et Bureau présentent une malade atteinte de *pseudo-pelade.* Elle présente plusieurs plaques d'alopécie avec canitie des cheveux qui repoussent. La symétrie des lésions, l'achromatose au niveau des plaques avec zone périphérique hyperpigmentée, la repousse de cheveux vigoureux, bien que privés de pigment, et enfin de légers troubles de la sensibilité au niveau des parties malades, sont en faveur d'une tropho-névrose et permettent d'éliminer la pelade vraie.

MM. Canuet et Barash présentent une malade atteinte de *syphilis maligne précoce.*

M. Fournier présente un malade atteint de *pseudo-lupus syphilitique.*

MM. Hallopeau et Bureau communiquent un nouveau cas d'*amélioration considérable et double d'un lupus par l'érysipète.* P. R.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 24 juin 1896. — Présidence de M. Duclaux.

M. Robin. — *L'assainissement de la maison.* — M. Robin passe en revue les différentes conditions que doivent remplir les constructions d'habitation, canalisations, eaux de source, eaux de rivière, etc. L'auteur étudie les différentes pièces de l'appartement de la maison salubre, cuisine, water-closet, etc.

Au sujet de la discussion de la communication de M. Napias, sur la *protection du travail des femmes*, M. Dron prend la parole ; il réclame pour la femme accouchée un repos obligatoire, pendant quatre semaines après l'accouchement. Ce repos figure en Allemagne, Suisse, Autriche, Belgique, Angleterre; il serait donc bon de le faire également en France. Cette proposition est venue devant la Chambre des Députés à plusieurs reprises; en 1889, on a établi que la femme en couches devrait recevoir une indemnité. Il semble plus rationnel de ne pas parler d'indemnité, ce qui complique la question ; il vaut mieux ne parler que du repos obligatoire ; si cette femme est malheureuse, on pourra toujours lui venir en aide. M. Dron émet la proposition suivante : la Société de Médecine émet le vœu que les pouvoirs publics, suivant les exemples des autres Etats, interdisent aux femmes accouchées le travail pendant quatre semaines après l'accouchement, et que des caisses de Maternité soient créées dans toutes les communes pour venir en aide aux femmes accouchées nécessiteuses.

M. Livache se demande ce que fera la femme accouchée qui est obligée de travailler pour vivre, et à laquelle de par la loi on refusera le travail.

Pour M. Lédé, il faut aussi empêcher la femme de travailler avant l'accouchement ; toutes ces interruptions de travail nécessitent de grands frais.

M. Wallich. — En l'absence de M. Pinard, M. Wallich dit quelques mots ; pour la femme qui vient d'accoucher, la question de la chute de matrice est secondaire ; il sera difficile d'imposer des réglementations hygiéniques aux femmes : les femmes ne veulent pas les suivre, même quand elles ont les moyens ; au bout de neuf jours, elles veulent sortir de l'hôpital.

La Société vote d'une façon affirmative sur le vœu émis par M. Dron. Martha

REVUE D'ÉLECTROTHÉRAPIE

I. — Diffusion électrique des médicaments; par W.-J. Morton. (Chicago, 1895).

I.—Sous ce nom, l'auteur distingue de l'électrolyse pratiquée avec des électrodes inoxydables, la médication cataphorique (électrolyse d'une solution appliquée sur la peau, ou injectée dans une cavité, ou mélangée à un bain) et l'électrolyse interstitielle métallique (électrode métallique attaquable dont le métal est introduit électriquement dans les tissus). Il passe successivement en revue les divers procédés, d'abord avec les aiguilles métalliques isolées ou non sur une partie de leur étendue, les électrodes solubles avec leurs enveloppes protectrices les sondes qui servent à injecter les liquides électrolysables dans les cavités. Il termine par un exposé des cas soignés : otites chroniques, trachomes, rhinite et pharyngite hypertrophiques, amygdalite folliculaire, uréthrites, tumeurs vasculaires, sycosis.

Il conclut que la diffusion électrique des médicaments est supérieure aux applications topiques parce que le médicament pénètre plus profondément dans l'organisme à travers le tissu traversé par le courant.

II. — Recherche des corps étrangers ferrugineux au moyen de l aiguille aimantée; par E. Kunmer, privat-docent, chirurgien de l'hôpital Butini, à Genève.

II.—L'auteur, au lieu d'utiliser la pince de Trouvé, l'explorateur téléphonique de Graham Bell, ou la balance d'induction de Harveg Gorduc emploie une simple aiguille aimantée montée sur un pivot ou suspendue à un fil de coton.

Pour rechercher le corps étranger en approchant l'aiguille de la peau, si à un point toujours le même elle présente une déviation évidente, la présence du corps ferrugineux est démontrée. Si cette première tentative échoue on approche de la région incriminée pendant une minute l'un des pôles d'un fort aimant pour renforcer la puissance magnétique du corps étranger. La déviation de l'aiguille approchée ensuite sera un indice certain de la présence du corps étranger. Si dans l'incision pratiquée on ne le découvre pas, il faut introduire la pointe aimantée dans la plaie en ayant soin d'éloigner les instruments d'acier, on peut ainsi trouver des fragments de fer cachés sous les tendons ou les aponévroses. Le résultat négatif, tout en étant interprété avec réserve, peut engager à renoncer à rechercher autre chose que la névrite traumatique.

III. — Des cérébrasthénies et de leur traitement électrothérapique; par le Dr Alvaro de Lacerda (de Rio-de-Janeiro).—(*Revue internationale d'électrothérapie*, janvier 1896).

III.—La cérébrasthénie, décrite pour la première fois sous ce nom par Huchard, comprend trois périodes: première d'instabilité mentale, deuxième, excitation maniaque avec hallucinations, troisième, affaiblissement de la pensée, aboulie, anesthésies, aboutissant à l'hypochondrie ou à la mélancolie. La marche jusqu'à la guérison est intermittente avec rémissions passagères, la durée en moyenne de quatre mois. Elle ne se termine par la démence organique que chez les dégénérés ou les artério-scléreux avancés.

Le traitement est pratiqué avec quatre modalités électriques isolées ou associées suivant les périodes statiques, bains hydro-électriques, courants sumsoïdaux, électrisation hypérimétique (feradique ou galvanique) généralisée.

VI. — Technique d'électrodiagnostic et d'électrothérapie; par le Pr Ernest Remalt. — Vienne et Lepzig, 1895

IV. — Dans ces 200 très intéressantes pages, le professeur de Berlin passe en revue toutes les recherches physiologiques et thérapeutiques de ces 20 dernières années. L'ouvrage comprend trois parties : la première consacrée à la description du matériel tout entier d'origine allemande, aussi n'est-elle que d'une utilité relative pour nous ; la seconde est une revue très complète de toutes les conditions nécessaire pour l'électrodiagnostic et des cas dans lequel on peut l'employer. Dans la troisième sont successivement décrites les méthodes de galvanisation monopolaire et bipolaires, leurs applications ainsi que les bains hydro-électriques galvaniques ; pour l'emploi des courants induits, l'auteur suit le même plan et décrit longuement encore les bains hydro-électriques, le dernier chapitre traite de l'électrisation statique. Un index bibliographique très détaillé complète ce volume.

V. — Etude clinique et thérapeutique sur l'électrisation électrostatique ou franklinisation; par le Dr A. Massy (de Bordeaux).—*Revue internationale d'electrothérapie*), janv. 1896.

Après un cours préambule physique et une succincte revue des travaux antérieurs, l'Association aborde l'étude clinique. La franklinisation convient dans la chorée simple, l'hystérie, la neurasthénie, le rhumatisme chronique, la goutte chronique, le diabète, les névralgies, migraines, rhumatismes musculaires. Le troisième chapître est consacré au manuel opératoire, brièvement mais suffisammeut décrit.

VI. — Précis d'électricité médicale; par le Dr Foveau de Courmelles et L. Chardin, ingénieur.

VI. — Ce livre est surtout utile aux débutants en électrothérapie. Dans la première partie théorique on constate, preuves en mains combien l'éducation des médecins français laisse à désirer sous le rapport des connaissances en thérapeutique électrique. La seconde partie est consacrée à la description des appareils. La troisième aux applications rangées par ordre alphabétique. Un petit dictionnaire de la terminologie électrique et une courte page sur l'électrodiagnostic complètent cet ouvrage de vulgarisation et en rend l'intelligence d'autant plus facile. Débarrassé des notions par trop scientifiques qui tiennent une trop large place dans les traités habituels et d'un remarquable électrisme en ce qui concerne les applications des courants cet ouvrage sera précieux a beaucoup de praticiens que le seul nom de l'électricité effraie ou fait sourire comme s'il s'agissait d'un agent mystérieux et tout à fait en dehors des autres procédés thérapeutiques En le lisant ils seront détrompés pour le plus grand bien de leurs malades.

L.-R. Regnier.

CORRESPONDANCE

Infection paludéenne chez les animaux.

Monsieur le Rédacteur en chef du *Progrès Médical*,

Je serais bien heureux, si vous la jugiez assez intéressante pour être publiée l'observation que j'apporte à l'appui de la conclusion de l'étude comparative de M. le Pr Danilevsky (de Kharcoff) sur l'unité de l'infection paludéenne chez l'homme et les animaux (*Progr. Méd.*, n° 22).

J'ai observé en Thessalie une maladie des poules et des coqs, caractérisée par une élévation de température, de l'inanition, de l'affaiblissement général, de la pâleur consécutive de la crête et des caroncules, le plumage devenant rare et moins brillant. Quelquefois l'élévation de la température faisant défaut et la maladie commençait par l'inanition et l'affaiblissement général. Cette affection, qui se terminait assez souvent par la mort, survenait à la même époque et dans les mêmes conditions que les fièvres palustres chez les hommes. La Thessalie, arrosée par de nombreuses rivières qui forment des couches d'eau peu épaisses, avec un limon riche en matières organiques végétales exposées aux ardeurs du soleil, est une des provinces de la Grèce, qui paye au paludisme le plus lourd tribut. Ayant constaté, que sa fréquence et son intensité étaient analogues à celles des fièvres paludéennes de l'homme et ayant trouvé à l'autopsie la rate plus volumineuse, plus dure et à la coupe pigmentée et noirâtre, j'ai été conduit à supposer que la maladie en question était d'origine paludéenne. Ne pouvant pas malheureusement pratiquer l'examen du sang, je me suis contenté pour confirmer mon diagnostic, d'avoir recours à la médication paludéenne par le sulfate de quinine.

J'en donnais 10 centigr. par jour en deux doses. Dans deux ou trois jours, la guérison survenait rapidement. Les oiseaux malades recouvraient leur apétit, la rougeur de la crête et des caroncules revenait et l'affaiblissement général commençait à diminuer. Ce mode du traitement par la quinine n'a presque jamais échoué, et c'est à cause de ces bons résultats que son usage se généralise déjà de plus en plus dans les campagnes thessaliennes.

J'avoue que mon observation interesse peut-être plutôt les ornithologistes et qu'elle est peu précise, puisque le contrôle d'examen du sang lui fait défaut. Mais je ne puis pas m'empêcher de penser qu'une telle efficacité thérapeutique de la quinine vient fort à l'appui des idées de M. Danilevsky et met hors hors de doute que les oiseaux n'échappent pas à la malaria, qui occupe sur la face du globe le plus vaste domaine.

Agréez, Monsieur le Rédacteur en chef, l'expression de mes salutations distinguées, Dr D. PHOTAKIS.

VARIA

L'Assistance chirurgicale instantanée en province.

Projet pour la ville de Nantes.

M. le directeur du *Phare de la Loire*, notre excellent confrère de Nantes, a reproduit, dans son numéro du 30 juin, le dernier article que nous avons consacré, ici-même, à l'Assistance chirurgicale instantanée en province et nous le remercions vivement de la grande publicité régionale qu'il a ainsi donnée à nos idees. Il l'a fait suivre d'ailleurs de réflexions que nous tenons à mettre sous les yeux de nos lecteurs, d'abord pour leur faire connaître où en est la question des égouts dans la métropole de l'Ouest; puis pour leur soumettre les seules objections qui nous sont faites.

« Nous n'essaierons pas de discuter ce projet au point de vue technique, comme l'a fait le Pr Joüon dans une lettre adressée aux *Archives provinciales de Chirurgie*. Nous ne suivrons pas davantage M. Baudouin dans sa réponse au Pr Joüon, parue dans le même journal.

Notre point de vue sera beaucoup plus terre à terre. En somme, on demande à la Ville de dépenser au minimum 200.000 fr. d'achat et d installations diverses. Puis, chaque année, environ quatre ou cinq mille francs pour un chirurgien et une dizaine de mille francs d'entretien, chauffage, infirmiers, pansements, pharmacie, etc. Soit en restant très modéré, un total de 25,000 francs par an, au moins.

Nous ne contestons pas l'intérêt de l'œuvre qui rendrait incontestablement, chaque année, des services à un certain nombre de nos concitoyens. Mais nous estimons, nous ne saurions le répéter trop souvent, qu'avant de s'occuper d'œuvres particulières, d'améliorations de détail, la Ville a un devoir impérieux, absolu, à remplir, celui de défendre la *santé générale* en nous donnant de l'eau saine et abondante, des égouts étanches. Il ne peut être, pour elle, question de depenses nouvelles, *sous aucun prétexte*, avant d'avoir fait face aux charges qu'entrainera l'assainissement général. Nous le répéterons sans cesse, sans relache. Le dévoir de nos élus est là et toute tentative de s'y soustraire serait une trahison. La fièvre typhoïde continue ses douloureux ravages; la rougeole elle-même, a causé, dans le dernier mois, une trentaine de décès ; enfin la tuberculose détermine à Nantes un quart des décès. Il est possible d'éviter complètement une partie de ces causes de mortalité, d'atténuer les autres. Tant qu'on ne l'aura pas fait, nous protesterons contre toute dépense nouvelle. »

Nous tenons à répondre deux mots à notre aimable contradicteur. D'abord, l'achat de la clinique n'occasionnerait pas une dépense de 200.000 francs. Commercialement, cette somme est beaucoup trop élevée, y compris même les frais d'installation. Et je sais pertinemment que la ville de Nantes pourrait acquérir l'immeuble à bien meilleur compte. Je ne donne pas à dessein de chiffres, pour des raisons que chacun comprendra facilement. — De plus, qu'est-ce qu'une dépense de 25.000 fr. par an, — à supposer que ce chiffre soit nécessaire, ce que je me permets de contester quelque peu, — étant donné que de la sorte *on hospitaliserait* 20 *blessés de plus?* Or, à Nantes même, chaque lit d'hôpital de chirurgie, s'il n'approche pas d'une valeur annuelle de 1000 francs, ne s'en éloigne pas beaucoup. On ne dépenserait donc pas 25.000 francs, mais, en réalité, 5 à 6.000 francs de plus qu'à l'Hôtel-Dieu. Ce qui est bien peu pour une grande cité comme Nantes, étant donné surtout les résultats qu'on obtiendrait! — Que l'Etat sanitaire de Nantes soit déplorable, nous ne le contestons pas. Il y a longtemps que personnellement nous sommes fixé là-dessus. Mais, est-ce une raison pour perdre une occasion favorable, une occasion qu'on ne retrouvera jamais? C'est comme si un millionaire, sous prétexte qu'il a du pain à acheter en grande quantité pour lui et son nombreux domestique, se privait de viande et de légumes, qu'on lui offrirait d'ailleurs à un bon marché extraordinaire! En ces questions, il faut envisager d'abord le but à atteindre. S'il est grand, — et c'est le cas, — il ne faut pas hésiter devant les dépenses. Les réflexions du *Phare de la Loire* prouvent seulement qu'à Nantes il y a beaucoup à faire au point de vue de l'Hygiène; mais on peut dire qu'au point de vue de l'Assistance publique, la lacune est aussi manifeste.— Ce qui n'est pas très consolant pour la France entière, car, *ab uno, disce omnes!* Marcel BAUDOUIN.

Congrès français de Médecine.

3e Session. — Nancy, 1896.

Le Comité d'Organisation s'est préoccupé de faciliter aux Membres du Congrès le voyage et l'installation à Nancy. A cet effet, il s'est adressé aux Compagnies de chemins de fer et de navigation pour obtenir une réduction de prix sur le tarif ordinaire. Les Chemins de fer de l'État, la Compagnie de l'Est, la Compagnie Franco-Algérienne, la Compagnie Transatlantique ont bien voulu nous accorder le bénéfice du demi-tarif, soit une réduction de 50 0/0 sur le prix des billets simples. Les membres du Congrès qui désirent bénéficier de cette faveur sont priés d'en informer *avant le* 10 *juillet au plus tard*, en indiquant *exactement* le parcours à effectuer (gares d'arrivée et de départ des réseaux de l'Est ou de l État, ou gares de jonction de ces réseaux avec un réseau voisin). Le Secrétariat général se chargera des démarches nécessaires. Les billets de demi-place de la Compagnie de l'Est *seront valables du* 1er *au* 16 *août inclusivement*. Ceux de nos confrères qui voyageront par d'autres réseaux ont avantage à prendre, pour se rendre à Nancy, soit des billets circulaires, soit des billets à itinéraire fixé d'avance. Pour la Compagnie de Paris à Lyon et à la Méditerranée, le mieux serait de prendre sur ce réseau un billet à itinéraire fixé d'avance, aboutissant à une gare de la Compagnie de l'Est où l'on jouit de la réduction de 50 0/0. Pour le retour, on peut rentrer sur le réseau P.-L.-M. par une autre gare commune (consulter à cet égard l'indicateur Chaix). Les membres du Congrès qui voudraient loger en chambres meublées trouveront au Secrétariat les renseignements nécessaires. Le Comité local organise des excursions à Vittel et à Contrexéville pour le dimanche 9 août, et à Gérardmer ou Plombières pour le mardi 11 août. Le programme définitif sera distribué aux membres du Congrès à leur arrivée à Nancy. Mais il serait utile d'être fixé à l'avance sur le nombre des excursionnistes; aussi prie-t-on de faire savoir si on a l'intention de prendre part à cette partie du programme.

Les titres des communications doivent être adressés au Secrétariat avant le 14 juillet prochain. La séance d'inauguration du Congrès aura lieu à la Salle Victor-Poiret le jeudi 6 août, à 10 heures du matin. Les séances ordinaires commenceront le même jour, à 2 heures de l'après-midi, à l'Institut anatomique (rue Lionnois), où le Secrétariat sera installé.

Conseil général des Facultés.

Le Conseil général des Facultés s'est réuni cette semaine, en Sorbonne, sous la présidence de M. Gréard. Lecture a eté donnée de l'adresse envoyée par l'université de Paris à lord Kelvin, professeur de philosophie naturelle à l'université de Glasgow, à l'occasion de son jubilé. MM. Moissan et Bonnet-Maury, qui représentaient, avec MM. Picard et Lippmann, les corps savants de Paris, ont rendu compte de ces fêtes pendant lesquelles la délégation française a reçu le meilleur accueil. M. Gréard communique une lettre de M. Gordon, secrétaire-trésorier de la section écossaise de la Société franco-écossaise, qui remercie l'université de Paris de l'accueil fait à ses membres au congrès d'inauguration tenu à Paris les 16, 17 et 18 avril 1896. Le conseil vote le maintien de la *chaire de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu* dont était titulaire M. Germain Sée, décédé. Il a dressé la liste des enseignements dont il a demandé la création ; et tout particulièrement. 1° Chaire de geographie physique à la Faculté des sciences; 2° cours complémentaire de paléontologie à la Faculté des sciences; 3° cours complémentaire d'histologie et de physiologie à la Faculté des sciences; 4° chaire de physique céleste à la Faculté des sciences; 5° chaire de psychologie objective à la Faculté des lettres.

Une infirmière laïque.

Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de 44 ans,

d'une hospitalière d'un dévouement exemplaire, Mlle Le Bescout. Entrée comme infirmière à l'hôpital Saint-Louis, après y avoir été traitée pour une affection grave de la face, elle fût nommée institutrice à l'école des teigneux lors de sa création en 1886. Depuis cette époque jusqu'à sa mort, elle remplit ses fonctions modestes avec un zèle infatigable. Fidèle à ses convictions, elle a voulu des obsèques civiles, qui ont eu lieu aux frais de l'Administration.

Un certificat médical.

M. Y..., pharmacien, a été, en 1893, poursuivi devant le tribunal correctionnel de la Seine, à la requête d'une femme R..., pour injures publiques et pour coups et blessures volontaires.

Sur la déposition des témoins cités par la plaignante et le vu d'un certificat médical délivré par le Dr X..., M. Y... fut condammé à 25 fr. d'amende et 100 francs de dommages-intérêts. Cette condamnation fut confirmée par la cour. Cependant, sur les protestations du pharmacien, une instruction judiciaire a été ouverte et n'a pas tardé à démontrer que les faits allégués à sa charge n'avaient jamais existé. Ils avaient été imaginés par une femme Z... dans une pensée de haine contre M. Y... et faussement affirmés par la plaignante, ainsi que par deux témoins que la femme Z... avait subornés. Les auteurs et complices de ce faux témoignage ont été à leur tour, traduits devant la juridiction correctionnelle et condamnés à trois annés de prison par la cour, en février dernier. Dans ces conditions M. Y... a demandé compte au Dr X..., devant le tribunal civil, de la faute qu'il aurait commise en délivrant imprudemment le certificat médical produit dans la première instance correctionnelle et lui a réclamé de ce chef 5,000 fr. de dommages-intérêts. L'affaire a été plaidée devant la 5e chambre. Le tribunal a rendu le jugement suivant :

Attendu que les conclusions formulées (par le docteur) impliquaient l'existence certaine de lésions dûment constatées par le médecin, que, de plus, elles indiquaient la cause et les conséquences de ces lésions avec une précision qui ne laissait aucune place au doute ;

Attendu cependant que l'examen auquel s'était livré le Dr X..., n'était pas de nature à justifier de semblables conclusions, puisqu'il résulte non seulement des premières énonciations du certificat lui-même, mais encore des explications fournies par le défendeur au cours de l'instruction judiciaire ultérieurement suivie que le Dr X..., n'avait constaté par lui-même aucune lésion ; qu'il n'avait découvert aucun indice matériel, aucun signe pathologique de la fracture ou contusion diagnostiquée par lui et qu'il n'avait purement et simplement fondé son diagnostic sur la douleur que la prétendue malade declarait ressentir, c'est-à-dire en réalité sur une simple déclaration ; que par suite le certificat délivré par lui n'était autre chose qu'un certificat de confiance ;

Que, si, au point de vue du traitement à prescrire, le médecin est libre d'ajouter foi aux affirmations du client qui le consulte, il ne saurait lui être permis d'attester comme un fait acquis et résultant de sa constation personnelle, l'existence d'une lésion qu'il n'a pu vérifier par lui-même ; qu'a plus forte raison il agit avec la plus grande imprudence en certifiant sur la seule déclaration du client la cause de la prétendue lésion et même les circonstances dans lesquelles elle se serait produite, comme dans l'espèce la chute sur le sol ;

Que cette imprudence est d'autant plus condamnable que, dans les circonstances de la cause le Dr X... ne pouvait ignorer l'usage qui serait fait du certificat délivré par lui ;

Le jugement a reconnu la bonne foi du défendeur.

Le tribunal a condamné le Dr X... à payer à Y... la somme de 500 francs à titre de dommages-intérêts et l'a condamné, en outre, aux dépens. *(Temps).*

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 6. — Examens ayant lieu à 9 heures. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Necker. (1re *série*) : MM. Guyon, Berger, Sébileau. — (2e *serie*) : MM. Le Dentu, Polaillon, Albarran. (2e *partie*) : MM. Laboulbène, Cornil, Gilbert. — (1re *partie*). Obstetrique. Clinique Baudelocque, à 9 heures 1/2 : MM. Pinard, Varnier, Broca. — Examens ayant lieu à 1 heure. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Fournier, Straus, Gilles de la Tourette. — 2e de Fin d'année (Officiat) : MM. Marchand, Retterer, Poirier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Tillaux, Ricard, Tuffier. — (2e *série*) : MM. Monod, Lejars, Walther. — (2e *partie*) : MM. Potain, Hayem, Widal.

Mardi 7. — Examens ayant lieu à 9 heures. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique. Clin. d'accouchem., rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire. — Eamens ayant lieu à 1 heure. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Rémy, Quénu, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Raymond, Marie, Letulle. — 3e Fin d'année (Officiat) : MM. Debove, Marfan, Thiéry. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (1re *série*) : MM. Guyon, Campenon, Nélaton. — (2e *série*) : MM. Duplay, Le Dentu, Hartmann. — (2e *partie*). Charité : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Charrin.

Mercredi 8. — Examens ayant lieu à 9 heures. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Pitié. (1re *série*) : MM. Berger, Monod, Ricard. — (2e *série*) : MM. Marchand, Reclus, Broca. — (2e *partie*) : MM. Jaccoud, Raymond, Charrin. — Examens ayant lieu à 1 heure. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Reynier, Retterer, Sébileau.

Jeudi 9. — Examens ayant lieu à 9 heures. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique. (Clin. d'accouchem., rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

Vendredi 10. — Examens ayant lieu à 9 heures. — 1er *de Doctorat* : MM. Gariel, Blanchard, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Necker (1re *série*) : MM. Guyon, Panas, Albarran. — (2e *série*) : MM. Le Dentu, Campenon, Nélaton. — (2e *partie*) : MM. Hutinel, Ménétrier, Achard. — Examens ayant lieu à 1 heure. — (2e *partie*). Charité. (1re *série*) : MM. Hayem, Gaucher, Wurtz. — (2e *série*) : MM. Grancher, Widal, Thoinot.

Samedi 11. — Examens ayant lieu à 9 heures. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique. (Clin. d'accouchem., rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire. — (1re *partie*). Chirurgie. Pitié. (1re *série*) : MM. Berger, Lejars, Hartmann. — (2e *série*) : MM. Reclus, Tuffier, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Raymond, Charrin, Widal. — Examens ayant lieu à 1 heure. — 3e Fin d'année (Officat) : MM. MM. Laboulbène, Poirier, Letulle. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie Hôtel-Dieu : MM. Duplay, Polaillon, Rémy. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM Cornil, Hutinel, Achard. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Joffroy, Roger.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 8. — M. Servin. Essai sur le rôle de l'hérédité dans le traitement mitral pur. (Hérédité homœomophe). — M. Callais. Essai sur la phlébite précoce des tuberculeux. — M. Bousquet. Contribution à l'étude du chimisme gastrique dans le cancer de l'estomac. Sa valeur dans le diagnostic et ses indications thérapeutiques. — M. Thouvenin. Contribution à l'étude du pyopneumothorax sous-phrénique (d'origine tuberculeuse. — M. Marmarian. Contribution à l'étude des abcès froids de la paroi thoracique latérale. Des abcès d'origine pleurale. — M. Legrand. De la cystocèle crurale. — M. Nimier. De la sérothérapie dans les conjonctivités pseudo-membraneuses. — M. Gamulin. L'allaitement chez les albuminuriques. — M. Magne. Réflexe cutané respiratoire chez le fœtus à terme. — M. Roche. Contribution à l'etude du solicylate de soude, envisagé comme cholagogue et antiseptique biliaire. — M. Le Goff. Etude sur le traitement de la coqueluche par l'antipyrine. — M. Castaing. Essai sur les eaux minérales de la Roche-Posay (Vienne). — M. Delage. Des lésions gastro-intestinales dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. — M. Gascon. De la mort subite et des erreurs médico-légales auxquelles elle peut donner lieu. — M. Néret. La prophylaxie de la lèpre au moyen âge. — M. Livet. De l'emploi du carbure de calcium en chirurgie et particulièrement dans le traitement du cancer de l'utérus. — M. Vincent-Georges. Etude sur le cancer de l'ampoule de Vater. — Mlle Golde. L'incinération. — M. Goupil. Des accidents immédiats qui succèdent aux opérations sur le scrotum. Procédé de suture qui tend a les prévenir. (Suture capitoimée). — M. Pierre. De l'alcoolisme en basse-Normandie

Jeudi 9. — M. Helfond. Contribution à l'étude de la paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial. — M. Griffault. Contribution à l'étude du traitement de l'idiotie. — M. Robet. Les rash prééruptifs de la rougeole. — M. Roussel. Contribution à l'étude des paralysies pneumoniques. — M. Duvrac. Contribution à l'étude du traitement palliatif du cancer utérin par le chlorate de soude. — M. Raingeard. Des manifestations cutanées de l'actinomycose. — M. Pichat. De l'hémorrhagie dans l'iritis. — M. Manichon. De l'hérédité du cancer et en particulier du cancer de l'estomac. — M Helle. Des tumeurs du calcaneum. — M. Mendailles. Des mastites puerpérales et de leur traitement.

Vendredi 10. — M. Calderon. Irido-choroïdites infectieuses. — M. Lesly. De la narcolepsie. — M. Venot. Du foie cardiaque dans les symphyses du péricarde. — M. Bramel de Cléjoulx. Etude sur le charbon professionnel. Etiologie et prophylaxie.

Enseignement médical libre.

Technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire de gynécologie de l'hôpital Broca, a commencé un cours de technique bactériologique avec manipulations pratiques, le 6 juin, à 2 h. 1/4, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, nº 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses bactériologiques exigées journellement par l'exercice de la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes, étuves et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, rue Marsollier, nº 9 (quartier de l'opéra) de 1 h. à 2 h.

FORMULES

Indications à remplir dans le traitement de l'influenza

Dans les *cas bénins*, repos pendant deux ou trois jours ; antipyrine (0,45) associée à la quinine (0,15), un cachet matin et soir contre la céphalalgie ; hygiène sévère et grande propreté ; aération plusieurs fois par jour de la chambre, dont la température sera maintenue à 17° ; gargarismes répétés pendant le jour avec la solution suivante :

Acide phénique neigeux	5 grammes.
Alcool.	5 —
Thymol.	1 —

Dose : V gouttes dans un verre d'eau chaude,

En remplacement des gargarismes chez les enfants, collutoire antiseptique composé de :

Glycérine neutre	50 grammes.
Borate de soude.	10 —
Acide salicylique.	2 —

purgatif léger au citrate de magnésie (35 gr.) contre l'embarras gastrique.

Dans la *forme grave*, purement aseptique, infectieuse, sans localisations précises : Balnéation tiède et prolongée, lotions froides et vinaigrées avec frictions, pour produire une prompte réaction ; quinine (0,50) associée à l'acide salicylique (0,25), à prendre chaque soir ; lait, alcools, extrait de viande, toniques, suivant la formule suivante :

Vin de Saint-Raphaël.	150 grammes.
Sirop de punch	50 —
Sirop de quinquina jaune	50 —
Extrait de quinquina jaune. . . .	4 —

Dose : A prendre par verres à liqueur dans les 24 heures.

Dans la *forme grave*, à complications localisées, plus de vésicatoires ni de ventouses sèches, comme en France, mais compresses froides de Priessnitz renouvelées toutes les demi-heures ; comme expectorants :

a) Oxyde blanc d'antimoine. . . .	2 grammes.
Sirop de polygala. . . . . . }	àà 30 —
Sirop de térébenthine . . . . }	
Eau de fleurs d'oranger. . . .	60 —

Dose : Une cuillerée à dessert toutes les deux heures chez les enfants.

b) Kermès.	0 gr. 10 centigr.
Sirop d'éther . . . . . }	àà 30 grammes.
Sirop de valériane . . . }	
Potion gommeuse	50 —

Dose : Une cuillerée à soupe toutes les heures.

Contre les quintes de toux :

Acétate d'ammoniaque.	2 grammes.
Sirop de codéine. . . . . }	àà 30 —
Sirop d'éther. . . . . }	
Potion de Todd	90

Dose : Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Contre la difficulté de l'hématose et l'infection pulmonaire, inhalations d'oxygène et évaporations antiseptiques avec :

Acide phénique neigeux. . . .	100 grammes.
Teinture d'eucalyptus. . . . }	àà 50 —
Teinture de quinquina. . . . }	
Thymol.	1 —

Dose : Une cuillerée à café dans un vaporisateur rempli d'eau.

Chez les cardiaques et surtout chez les artérioscléreux et les vieillards, régime lacté pour favoriser les fonctions rénales ; applications de petits vésicatoires volants sur la région du cœur, contre la tachycardie ; dans l'affaiblissement des battements cardiaques ou leur irrégularité, injections hypodermiques avec :

Ether sulfurique	26 grammes.
Chlorhydrate de caféine	1 —
Benzoate de soude.	2 —

Contre les palpitations violentes, la digitale sous forme de poudre de feuilles en infusion à la dose de 1/2 à 1 gramme par jour, ou bien la digitaline en pilules :

Digitaline cristallisée. . . . 0 gr. 001 milligr.

Pour une pilule à prendre dans la journée.

Contre les accidents typhiques ou gastro-intestinaux qui accompagnent l'influenza, bains tièdes ou froids, sulfate de quinine, et mieux, phénacétine à la dose de 50 centigrammes matin et soir. S'il y a des lésions de la bouche, gargarismes fréquents à l'eau boriquée, soit encore un badigeonnage avec le salol (10 gr.) dans la glycérine neutre (50 gr.). En cas de vomissements et de douleurs gastriques, eau oxygénée ou mieux encore l'eau chloroformée médicinale à la dose d'une cuillerée à soupe toutes les trois heures après un demi-litre de lait et, s'il y a lieu, application de vessie de glace sur la région de l'estomac et boissons glacées. Lorsque la diarrhée vient compliquer l'influenza, on aura recours à la médication antiseptique, soit par la bouche ou en lavement (naphtol, salicylate de bismuth, salol, magnésie, charbon, etc.) ; on alimentera le malade avec du lait additionné d'eau de chaux ou d'eau de Vals et avec trois ou quatre jaunes d'œufs par jour. Pour calmer le délire qui survient dans la forme typhoïdique, on utilisera les enveloppements humides et les calmants, surtout le bromure de sodium, le chloral, le sirop d'éther. On combattra l'anorexie si fréquente de la convalescence par les amers (teinture de quinquina et de Beaumé) et l'on recommandera un régime substantiel, du vin de Bordeaux coupé avec une eau ferrugineuse, et à la fin du repas un vin tonique au Kina et Kola. (*Indépendance médicale*).

Traitement de la chute des cheveux.

(*Extraits du Formulaire clinique de Vienne*) (1).

Teinture de quinquina rouge. . . .	30 grammes.
— de cantharide.	2 —
Acide phénique.	2 —
Teintures de strychnos.	0 gr. 50 centig.
Eau de Cologne }	àà Q. S. pour 120 grammes.
Huile de coco }	

Faire 1 ou 2 applications par jour.

Pommade :

Essence de kuscus	2 gr. 80 centig.
Esprit de vin concentré	2 — 80 —
Huile de sabine	XV gouttes.
Teinture d'ambre musquée . . .	9 gr. 15 centig.
Axonge.	30 grammes.

ou faire des lavages avec le mélange excitant suivant :

Teinture de cantharide	0 gr. 35 centig.
Essence de romarin . . . . . }	àà X gouttes.
— de lavande . . . . . }	
Eau de Cologne.	100 gramme
Huile de sabine.	1 —
Esprit de vin	25 à 30

ou encore avec de :

Vaseline liquide.	7 grammes.
Pilocarpine	0 gr. 035 millig.

ou enfin appliquer :

Sulfate de quinine.	1 gramme.
Acide acétique . . . . }	àà 0 gr. 35 centig.
Acide phénique. . . . . . . }	
Mixture oléobalsamique. . . .	15 grammes.
Glycérine.	2 —
Huile de ricin	7 —

Mixture pour le traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés.

(M. X. C. SCOTT).

Sulfate d'hydrastine. . . . }	àà 0 gr. 25 centig.
Acide borique. . . . . . . }	
Biborate de soude . . . . . }	
Teinture d'opium.	5 grammes.
Eau distillée	25 —

F. S. A. — Usage externe.

On instille dans l'œil d'heure en heure quelques gouttes de ce mélange. Dans les intervalles on pratique des irrigations avec de l'eau bouillie tiède et on applique un peu de vaseline sur les bords palpébraux. Les résultats de ce traitement seraient excellents. (*Sem. Méd.*).

(1) Trad. par S. Bernheim. A. Maloine, édit., 1896.

NOUVELLES

—

Natalité a Paris. — Du dimanche 21 juin au samedi 27 juin 1896, les naissances ont été au nombre de 1.081, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 417 ; illégitimes, 167, Total, 584. — *Sexe féminin* : légitimes, 340 ; illégitimes, 157. Total, 497.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 21 juin au samedi 27 juin 1896, les décès ont été au nombre de 806, savoir: 427 hommes et 379 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 1, T. 2. — Typhus : M 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 3, F. 7, T. 10. — Scarlatine: M. 1, F. 4. T. 5 — Coqueluche: M. 0, F. 2, T. 2. — Diphtérie, Croup : M. 2. F. 5, T. 7. — Grippe : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M 105, F. 68, T. 173. — Méningite tuberculeuse : M. 11, F. 10, T. 21. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 7, T. 21. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 23, F. 20, T. 43. — Méningite simple : M. 16, F. 12, T. 28. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 28, F. 16, T. 44, — Paralysie, M. 2, F. 1. T. 3. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 4, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 25, T. 53. — Bronchite aiguë : M. 4, F. 3, T. 7. — Bronchite chronique: M. 6, F. 4, T. 10. — Broncho-pneumonie : M 12, F. 3, T. 15. — Pneumonie : M. 14, F. 14, T. 28. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 19, F. 14, T. 33. — Gastro-entérite, biberon : M. 25, F. 25, T. 50 — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 2, T. 6. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 1. T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M 3, F. 2, T. 5. — Fièvres et péritonite puerpérales: M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 5, F. 12, T. 17. — Sénilité : M. 4, F. 19, T. 23. — Suicides : M. 9, F. 4, T. 13. — Autres morts violentes : M. 7, F 3, T. 10. — Autres causes de mort : M. 75, F. 65, T. 140. — Causes restées inconnues : M. 0, F 3, T. 3.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 73, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28, illégitimes, 14. Total : 39. — *Sexe féminin* : légitimes, 20, illégitimes, 14 Total : 34.

Faculté de Médecine de Paris. — *Concours pour le Clinicat.* — Voici la liste des candidats des divers concours des clinicats : 1° *Clinicat chirurgical.* Candidats : MM. Mauclaire et Banzet. 2° *Clinicats médical, des maladies des enfants et des maladies cutanées et syphilitiques.* Candidats : a) Clinicat médical : MM. Renou, Tissier, Charrier, Laporte et Tiercelin. — *b*) Clinicat des maladies des enfants : MM. Zuber, Renault et Thiénot. — c) Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : MM. Emery et Gastou.

Cours annexe de clinique des maladies du nez et du larynx. — Nous avons annoncé qu'un crédit avait été demandé par le Ministre de l'instruction publique en vue de la création d'un cours annexe de clinique des maladies du nez et du larynx à la Faculté de Médecine de Paris. Depuis lors, ce crédit a été voté par les deux Chambres, avec une certaine opposition au Sénat. Voici l'argument présenté par le Ministre devant cette dernière assemblée pour démontrer l'utilité de cette création : « En ce qui concerne le cours annexe de clinique des maladies du larynx et du nez, c'est un enseignement qui manque absolument à la Faculté de médecine de Paris, tandis qu'il existe dans la plupart des Universités étrangères et même, chez nous, à la Faculté de Bordeaux. Il est donc inadmissible que la Faculté de Paris en soit privée. »

Faculté de Médecine de Bordeaux. — Le *concours de chef de clinique médicale* près la Faculté de Médecine de Bordeaux, s'est terminé par la nomination de M. le Dr Dubourg. M. le Dr Guérin a été proposé comme chef de clinique adjoint. — Le *concours de chef de clinique obstétricale* près ladite Faculté s'est terminé par la nomination de M. le Dr Fieux.

Université de Strasbourg. — *Etudiants allemands en fête.* — Le corps des étudiants Rhenania a été provisoirement suspendu par les autorités de l'Université de Strasbourg. Cette décision du Sénat académique, affichée au tableau noir de l'Université, est motivée par le fait « que le corps Rhenania s'est réuni au Feldbergerhof, pendant les fêtes de la Pentecôte, avec deux autres corps d'étudiants, pour se livrer à des réjouissances communes, et que des excès d une extrême brutalité ont été commis à cette occasion. » La *Gazette de Francfort* donne quelques détails édifiants sur les excès de la « jeunesse académique » dans ce paisible lieu de villégiature. Les portes des chambres occupées par des touristes et en partie par des dames ont été enfoncées à coup de pied par des étudiants faisant partie d'un corps. Un professeur de l'Université de Fribourg a dû défendre, le revolver au poing, l'entrée de la chambre occupée par lui et sa femme. Il avait affaire à des individus auxquels l'ivresse avait fait perdre la raison. Il est également avéré qu'un certain nombre de pièces ont été ravagées d'une manière insensée et que l'une d'elles a été souillée d'une façon qu'il est impossible de décrire. Des excès regrettables ont également été commis, la même nuit, à l'hôtel Allerheiligen, près de Bade, par des étudiants de Heidelberg.

Ecole de Médecine navale. — Le ministre a fixé au lundi 3 août prochain la date d'ouverture des épreuves écrites pour le concours d'admission à l'Ecole de Bordeaux. dans chacun des ports de Brest, Rochefort et Toulon. Les examens écrits des médecins auxiliaires de 2e classe, actuellement en cours de stage à l'Ecole d'application de Toulon, commenceront également le lundi 3 août, à huit heures du matin. Les jurys du concours, pour l'admission à l'Ecole de Bordeaux, seront ainsi composés : Président M. le directeur Guès, du port de Rochefort ; membres, deux médecins en chef ou principaux, l'un de Brest, l'autre de Toulon. Des membres suppléants seront désignés dans chaque dort, pour siéger, le cas échéant, dans leurs ports respectifs. Seront seuls admis à prendre part au concours de l'Ecole de Bordeaux, les élèves ayant accompli au moins une année d'études médicales dans les Ecoles-annexes et les anciens élèves actuellement sous les drapeaux qui sont autorisés par le ministre. Le programme du concours de 1896 pour l'Ecole de Bordeaux sera celui fixé par l'arrêté du 1er février 1896. Après la correction, à Paris, des épreuves écrites, le jury se transportera successivement à Brest, Rochefort et Toulen. Les opérations devront être terminées le 15 septembre au plus tard Le nombre des élèves à admettre, après concours, à l'Ecole de Bordeaux, est fixé à 45 pour la médecine.

Association générale des Médecins de France. — Dans sa dernière réunion, la commission administrative de la Société centrale de l'Association générale des Médecins de France a décidé d'allouer à ceux de ses membres titulaires d'une pension de 600 fr., un secours complémentaire, annuel et renouvelable, de 200 fr. De la sorte, les anciens pensionnés toucheront une somme de 800 fr., égale au taux des dernières pensions accordées par l'Assemblée générale à l'Association. — Par décret est autorisé le *legs d'une rente de 200 fr.* fait par le Dr Brun à l'Association.

Les Sociétés de secours mutuels et le secret professionnel a la Chambre des Députés. — Au cours de la discussion, en première lecture, du projet de loi sur les Sociétés de secours mutuels, la Chambre des Députés vient d'adopter un article 7 ainsi conçu : « Dans les trois premiers mois de chaque année les Sociétés de secours mutuels doivent adresser, par l'intermédiaire des préfets, au Ministère de l'Intérieur, et dans des formes qui seront déterminées par lui, la statistique de leur effectif, du nombre et de la *nature* des cas de maladie de leurs membres. » Mais, sur l'insistance de M. Roch, qui tenait à sauvegarder le secret professionnel, la Chambre a dû ajouter, à l'article, ce membre de phrase : « Telle qu'elle est prescrite par la loi du 30 novembre 1892. » C'est dire que la désignation des maladies ne sera obligatoire que pour celles qui sont soumises à la déclaration.

Société académique de la Loire-Inférieure. — Au cours de la dernière séance, cette Société a entendu la lecture d'une notice nécrologique sur notre ami, M. le Dr Boiffin, très bien écrite par notre excellent confrère, M. le Dr Guillou.

Statue de Pasteur dans le Jura. — Dans sa séance de vendredi dernier, le Conseil général de la Seine a voté une subvention de 200 fr. pour l'érection d'une statue à Pasteur dans le département du Jura.

Monument Chabrely a Bordeaux. — Dimanche dernier a eu lieu l'inauguration du monument élevé sur la place Montaud, à Bordeaux, à la mémoire du Dr Chabrely, ancien professeur suppléant à l'Ecole de médecine de cette ville.

Distinctions honorifiques. — MM. les Drs Balhadère (de Pissos) et Lemée (de Saint-Sever) sont nommés *chevaliers de la Légion d'honneur.*

Bibliothèques universitaires. — Par arrêté ministériel, en date du 25 juin 1896, M. Hahn (V.-L.), stagiaire à la bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris, est pourvu du certificat d'aptitude aux fonctions de bibliothécaire.

Médecins de l'Etat civil. — *Les déclarations de l'état civil.* — M. Prache a signalé à l administration, à l'une des dernières séances du Conseil municipal de Paris, les inconvénients graves qui résultent de la complexité des renseignements portés dans le bulletin statistique auquel doivent répondre les médecins de l'état civil chargés de constater la naissance à domicile ; ils sont tels que des interrogatoires souvent pénibles et dangereux au point de vue de la santé sont imposés à l'accouchée. M. le Préfet de la Seine a répondu qu'il était tout disposé à recommander aux

médecins de l'état civil de se renseigner avec tout le tact et la discrétion nécessaires et surtout d'éviter de s'adresser à l'accouchée. A cette occasion, M. Georges Villain a signalé les abus des statisticiens municipaux.

La loi sur les accidents du travail. — Voici le texte de de l'article 4 adopté enfin par le Sénat. Il intéresse au plus haut point les médecins, qui sauront désormais à qui réclamer leurs honoraires. « Le chef d'entreprise supporte en outre les frais médicaux et pharmaceutiques et les frais funéraires. Toutefois, les frais médicaux et pharmaceutiques ne tombent à sa charge, si la victime a fait choix elle-même de son médecin, que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge compétent. »

Assistance publique. — *Concours pour la nomination aux places d'Élèves externes en Médecine et en Chirurgie vacantes en 1897 dans les Hôpitaux et Hospices civils de Paris.* — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le mardi 20 octobre, à quatre heures précises, dans l'Amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, nº 3. Les étudiants qui désirent prendre qart à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat de l'Administration, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mardi 1er septembre jusqu'au mercredi 30 du même mois inclusivement.

Concours pour les prix à décerner en 1896 aux Élèves externes en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux et Hospices et la nomination aux places d'Élèves internes vacantes en 1897. — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 19 octobre, à midi précis. Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour subir la première épreuve. Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, depuis le lundi 7 septembre jusqu'au samedi 3 octobre inclusivement.

Concours pour le prix a décerner en 1896 à MM. les élèves internes de quatrième année en fonctions dans les hôpitaux et hospices. — *Concours de Chirurgie et d'Accouchement.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 16 décembre 1896, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du Concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

Concours pour les prix à décerner en 1896 à MM. les élèves internes de quatrième année en fonctions dans les hôpitaux et hospices. — *Concours de médecine.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 14 décembre 1896, à quatre heures. à l'Hôtel-Dieu. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au Secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

Hospice de la Salpêtrière. — Le musée Carnavalet s'est rendu acquéreur, la semaine dernière, d'un crayon de Lantara de 1750, représentant une vue de l'hôpital de la Salpêtrière, prise de la rive droite de la Seine ; au premier plan, à gauche, s'élève le pavillon du petit château de Bercy.

Saint-Louis. — Une proposition de M. Faillet tendant à l'ouverture d'une porte à l'hôpital Saint-Louis, sur la rue Claude-Vellefaux, vers le nº 20, afin que les visiteurs de l'hôpital ne soient plus obligés à faire le détour très grand pour se rendre à l'unique entrée, rue Bichat, a été renvoyée à la cinquième commission du Conseil municipal.

Asile d'Aliénés et d'Alcooliques de la Seine. — A l'une des dernières séances du Conseil général de la Seine, M. Navarre, au nom de la troisième commission, a déposé un rapport sur la construction de l'asile de la Maison-Blanche et l'ordre à suivre dans l'exécution des travaux. — *Commission des Aliénés.* Au conseil général de la Seine, MM. les Drs Dubois et Levraud, et M. Astier, pharmacien, ont été désignés comme membres de la commission de surveillance des asiles des aliénés.

Asile d'Aliénées de Bron. — Le tribunal correctionnel de Lyon vient d'acquitter Mlle Lucie Crettin, âgée de vingt-deux ans, infirmière à l'asile des aliénées de Bron, poursuivie pour homi-[illegible] par imprudence. On sait que dans cet asile, dernièrement, [illegible]vie, Mme Perret, fut trouvée littéralement bouillie dans [illegible] robinet d'eau chaude s'étant ouvert pendant une ab[illegible] infirmière. Mlle Crettin avait déclaré pour sa défense [illegible]it sûre d'avoir fermé le robinet, mais qu'il était en mau[illegible]et jouait trop facilement. Elle avait ajouté qu'elle avait [illegible] fait par écrit quinze jours auparavant à l'administration.

[illegible]ainissement de la Seine et l'épandage. — La com[illegible] permanente de surveillance d'épandage des eaux d'égout de Paris et de l'assainissement de la Seine, présidée par M. Récopé, vient d'adresser au ministre de l'agriculture son rapport semestriel ; c'est le premier rapport de ce genre qui ait été rédigé, car la constitution de la commission remonte au 19 décembre 1895. Après un court résumé historique de l'état de la question la commission fait connaître qu'elle n'a pas eu à s'occuper des irrigations de la plaine de Gennevilliers, lesquelles sont sous la surveillance d'une autre commission. Elle a examiné seulement les irrigations faites sur une partie des terrains domaniaux d'Achères dont la ville de Paris a pris possession le 1er mars 1894 et qui sont désignés sous le nom de parc agricole d'Achères. Le rapport constate que les conditions réglementaires de l'épandage ont été bien observées : les eaux n'ont été répandues que sur des parties de sol mises en culture ; la limite de saturation, soit 40,000 mètres cubes par hectare et par an, n'a pas été dépassée ; il n'existe pas de mares stagnantes, et. enfin, aucun déversement en Seine d'eaux d'égout non épurées n'est effectué dans le département de Seine-et-Oise. Les eaux épandues retournent au fleuve épurées et mélangées à la nappe souterraine. En résumé, le parc agricole d'Achères est dès à présent irrigué, sur un tiers de son étendue : l'irrigation sera complète, à bref délai, sur le surplus des terrains domaniaux et sur le domaine de 200 hectares des Fonceaux récemment acquis par la ville de Paris sur le territoire d'Achères.

Choléra. — *Egypte.* — L'épidémie de choléra, qui continue à décroître au Caire et à Alexandrie, se propage dans la haute Egypte : dans l'ensemble des provinces, le nombre des décès est monté avant-hier à 190. Il y en a eu au total 4,866 depuis le début de l'épidémie. Chose grave, plusieurs cas ont été constatés parmi les troupes indigènes stationnées à Ouady-Halfa, sur la frontière sud-égyptienne ; pendant les épidémies précédentes, le choléra n'avait jamais dépassé Louqsor : aussi est-on fort inquiet de la santé du corps expéditionnaire. On signale aussi un cas parmi les troupes indiennes mises en garnison à Souakim.

L'Institut Pasteur. — *Le sérum antidiphtérique au Conseil général.* — M. Strauss a dit récemment au Conseil général de la Seine que, par une erreur inexplicable, le budget départemental ne fait mention cette année d'aucun envoi en faveur de l'Institut Pasteur. Le Conseil général avait cependant voté une allocation annuelle de 5,000 francs pour la préparation et la distribution du sérum antidiphtérique. Le Conseil a voté un crédit de 5,000 francs pour l'exercice 1896 et a invité le Préfet de la Seine a prévoir un crédit de pareille somme dans le budget de 1897.

Médecins-Députés. — Dans la Savoie (arrondissement d'Albertville) (Inscrits : 9,316, votants : 6.922), MM. le Dr Berthet, républicain, a été élu par 4.620 voix, contre M. Ancenay, réactionnaire (2.231 voix). Il s'agissait de remplacer M Pierre Blanc, républicain, décédé. M. Pierre Blanc, qui était doyen d'âge de la Chambre, y représentait l'arrondissement d'Albertville depuis 1876. Il avait été réélu en 1893 par 4.045 voix contre 3.185 à M. Ancenay, conservateur.

La Sculpture aux Salons de 1896. — A signaler le *Semeur*, de M. le Dr Paul Richer, œuvre des plus distinguées.

Nominations diverses. — M. le Dr Guelliot est nommé chirurgien du lycée de Reims (emploi nouveau).

Club médical vélocipédique. — La dernière excursion du Club médical vélocipédique a eu lieu le dimanche 21 juin 1896. Rendez-vous à 7 heures, Porte-Maillot (Restaurant Gillet). Départ pour Rambouillet, par Montretout, Versailles, Toussus, Châteaufort et Cernay. Halte à Versailles, place d'Armes, jusqu'à 9 heures du matin. Déjeuner à midi. (Hôtel du Lion-d'Or) Retour par Dampierre, Chevreuse, etc. Dr Guillot, capitaine de route. — Le *Comité* pour 1896 comprend : M. le Dr Bilhaut, président ; Dr Mallet ; secrétaire ; G Derbec, trésorier. — L'excursion du 5 juillet aura pour objectif, Melun, et la forêt de Fontainebleau.

Empoisonnement par la Belladone. — Les époux Latiolles, qui habitent avenue de la Frillière, à Auteuil, se mettaient à table, la semaine dernière, à leur heure habituelle. Après le potage et un peu de viande, ils attaquaient un plat d'épinards. Mais, peu après le repas, ils étaient pris l'un et l'autre de coliques vives. On les mettait au lit ; ils ne tardaient pas à divaguer. Que leur arrivait-il et qu'avaient-ils avalé ? Les malheureux avaient cru manger des épinards ; or, c'étaient des feuilles de *belladone*. Il paraîtrait qu'on leur aurait vendu de la graine de belladone pour de la graine d'épinards, ils auraient semé cette graine et auraient confectionné un plat des feuilles qui avaient poussé.

Accident arrivé a un Médecin-Député. — M. le Dr Bourrillon, député de la Lozère, en se rendant à la Chambre, a fait il y a quelque temps, dans l'escalier de sa maison, une chute qui a provoqué une entorse au pied gauche et l'a obligé à garder le repos pendant quelques jours.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE. — *Le caviar.* — Le caviar proprement dit, c'est le *hard-roe* ou œufs de l'esturgeon femelle. Les œufs de l'esturgeon male, les *spermatozoœ*, constituent un produit de beaucoup inférieur au premier. Par extension, on a donné le nom de caviar aux œufs et laites d'un grand nombre d'autres poissons, comme par exemple la carpe (que les iraélites orthodoxes auraient substituée. vers le XVIIe siècle, à l'esturgeon, par la raison que ce dernier engendrait la lèpre); la morue (que les Norvégiens font sécher au soleil et dont ils se servent en guise de cornichons (*pickle*); le mulet rouge (qui, dans l'Inde, est ajouté à certains condiments (*curries*) et que les Italiens désignent sous le nom de *bottarago*); le zander ou brochet-perche qui, dans la province d'Astrakan, est exporté sous le nom de *tchastikovi*; le homard, dont on utilise la coloration rouge des œufs : c'est dans la gelée huileuse que renferme l'œuf d'esturgeon que réside cette saveur délicate, ce *flavour* qu'appréciait tant l Hamlet de Shakespeare. Grâce à son goût légèrement acide, le caviar — surtout lorsque l'esturgeon est pêché en eaux profondes — stimule l'appétit en favorisant la sécrétion du suc gastrique.

MÉDECINS ARTISTES. — M. Blandin vient de faire don au musée Carnavalet d'une double médaille en bronze représentant le Dr Blandin, son père, qui fut professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris et chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Cette médaille a été gravée par M. Cusco, lequel fut lui-même chirurgien des hôpitaux

LES FEMMES MÉDECINS EN AUTRICHE-HONGRIE. — Dans sa dernière réunion, l'Association des médecins de la Basse-Autriche (Vienne) a arrêté les termes d'une pétition à la Chambre pour la dissuader d'autoriser la pratique médicale aux femmes. Dans les conditions de vie, d'éducation et d'instruction actuelles, l'admission des femmes dans la carrière pratique de médecin serait nuisible à la lois et aux femmes et à la médecine. La pétition insiste particulièrement sur les fatigues et les dangers de la carrière médicale. Les professions de sage-femme et de pharmacien seraient plus naturellement accessibles aux femmes, et il serait désirable qu'on leur accordât toutes facilités pour y entrer. En dehors de ces spécialités, les hautes études d'agriculture et de commerce sont celles qui répondraient le mieux à leurs aptitudes. La pétition insiste encore sur la nécessité de restreindre, même en ce cas, les autorisations d'établissement des femmes qui étudient dans les universités étrangères. Elles devraient être soumises aux examens de règle en Autriche et acquérir l'indigénat autrichien pour avoir le droit de pratiquer.

L'ANCÊTRE DE L'HOMME. — M. le Dr Dubois a fait la semaine dernière à l'Ecole d'Anthropologie, une conférence sur le *Pithecanthropus erectus*, dont il a découvert le squelette à Java et dans lequel il voit un intermédiaire tertiaire entre l'homme et le singe. Les revues spéciales et le *Progrès médical* ont parlé, l'an dernier, avec détails, de cet être curieux qui se rapproche de l'homme par son fémur et des grands singes par la voûte crânienne. M. le Dr Manouvrier a montré tout l'intérêt que cette découverte présente pour les anthropologistes. — Un *banquet* a été offert, à cette occasion, à M. le Dr Dubois et à Mme Dubois qui, pendant huit années, a été sa collaboratrice dans les travaux de recherches et dans les fouilles auxquelles il s'est livré. MM. G. de Mortillet, Thulié, Mathias Duval et Manouvrier ont félicité les savants chercheurs au nom de l'Ecole d'Anthropologie.

UNE NAINE. — Une naine, Mlle Warton, jeune fille de dix-huit ans, qui mesure 70 centimètres seulement, est actuellement visible dans un des théâtres de Paris. Elle est intelligente et d'une excellente santé.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr Paul BERTHIAUME, de Montréal (Canada), décédé le 4 mai à l'âge de 21 ans. — M. le D^r Th. SACHS, privatdocent d'ophtalmologie à la Faculté de Médecine d'Innsbruck. — M. le Dr L.-J. CUILLERET (de Lyon), décédé à l'âge de ?2 ans. — M. le Dr UMINSKI, de Sainte-Féréole (Corrèze).

Chronique des Hôpitaux.

LA MATERNITÉ (119, boulevard de Port-Royal, faubourg Saint-Jacques). — M. le Dr Pierre BUDIN, accoucheur en chef, enseignement clinique, le jeudi à 9 h. 1/2.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. CHAPUT : Consultations pour les *affections chirurgicales de l'abdomen.* Maladies du tube digestif. Maladies des femmes, tous les lundis, à 10 heures. — *Asile-Ecole des enfants idiots, arriérés et nerveux.* M. BOURNEVILLE reçoit les médecins le *samedi* à 9 h. 1/2.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Auguste VOISIN. Leçons cliniques tous les jeudis, à 10 heures (section Rambuteau), leçon sur les maladies mentales et nerveuses.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement, soit DOUZE FRANCS. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée à** *partir du* **15 juillet**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRES MÉDICAL*

RECHERCHES CLINIQUES & THÉRAPEUTIQUES

SUR

l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie

Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'**année 1895;**

Par BOURNEVILLE

Avec la collaboration de MM. BONCOURT, COMTE, DARDEL, DUBARRY, LERICHE, LOMBARD, J. NOIR, PILLIET, RUEL, SOLLIER et TISSIER, internes ou anciens internes du service.

Tome XIV. Un beau volume in-8° de LXXI-254 pages, avec 31 figures et 8 planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Librairie BATTAILLE.
Place de l'École-de-Médecine.

MARIANI.— La coca et ses applications thérapeutiques. Volume de 112 pages, avec 5 planches hors texte. Prix. . . . . 3 fr.

Librairie A MALOINE,
place de l'Ecole-de-Medecine.

BERNHEIM (S.). — Etude climatologique et thérapeutique.— Le sanatorium des tuberculeux. Brochure in-8 de 35 pages.

BERNHEIM (S.). — Formulaire clinique de Vienne. Traduit et augmenté. Volume in-8 cartonné, de 334 pages.

LEVILLAIN (F.). — Essais de neurologie clinique. Neurasthénie de Beard et etats neurastheniformes. Volume in-18 de 432 pages. Prix. . . . . 4 fr.

Librairie G. MASSON.
120, Boulevard Saint-Germain

GERNU (L.). — Recherches sur l'activite de la diastole ventriculaire, sur ses causes, son mecanisme et ses applications physiologiques et pathologiques. — Volume in-8 de 71 pages, avec 4 planches.

Le Rédacteur-Gérant: BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCC^r), RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IV. N° 28. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 11 JUILLET 1896

Le Progrès Médical

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Les Opérations pratiquées sur les Vaisseaux veineux du cou :

par Félix TERRIER,
Chirurgien de l'Hôpital Bichat,
Professeur de médecine opératoire à la Faculté de Paris.
Leçon recueillie par M. Marcel BAUDOUIN, préparateur du cours.

Messieurs,

Les opérations que l'on a pratiquées jusqu'ici sur les veines du cou ont porté, d'une part sur la *jugulaire externe*, et d'autre part sur la *jugulaire interne*.

La veine *jugulaire antérieure*, si bien étudiée au point de vue anatomique par Marcellin Duval, n'ayant aucun intérêt chirurgical en raison de ses faibles dimensions, nous n'y faisons allusion que pour rappeler qu'il suffit de la sectionner, lorsqu'elle gêne l'action du chirurgien ; et c'est à peine si, dans quelques cas, après cette section, on a été obligé de pratiquer la ligature de l'un ou des deux bouts. On a exécuté jadis sur cette jugulaire antérieure un assez grand nombre de fois une opération spéciale qui, en dehors de la ligature, était faite aussi sur la jugulaire externe : je veux parler de la *saignée* de la veine. Au moment où la phlébotomie régnait en maitresse dans la thérapeutique, assez souvent, en effet, on l'a pratiquée au cou ; mais aujourd'hui cette opération est presque rentrée dans le domaine de l'histoire.

Par contre — et le contraste est fréquent — les interventions portant sur la jugulaire interne ont eu, ces temps derniers, un véritable regain d'actualité. Et, dans plusieurs publications récentes, il a été à diverses reprises question de la ligature, de la résection, etc., et surtout de la suture de cette jugulaire interne. Nous insisterons donc plus particulièrement sur ces dernières opérations. Nous verrons d'ailleurs que la hardiesse des chirurgiens modernes est parfaitement justifiée par les succès obtenus.

Messieurs, la leçon d'aujourd'hui sera certainement plus théorique que pratique ; mais je m'efforcerai cependant, dans nos prochains exercices de laboratoire, de vous faire répéter sur le cadavre ces opérations délicates, qui certes exigent une réelle habitude de la chirurgie pour être menées à bien, mais qui cependant sont parfaitement à la portée de tous et peuvent rendre des services réels dans diverses plaies de la région cervicale en particulier (1).

* * *

(1) Le mercredi suivant, un certain nombre d'élèves se sont, en effet, exercés au laboratoire à faire la suture de la veine jugulaire interne. Sur certains sujets, à vaisseaux veineux du cou très dilatés, cette opération a pu être convenablement exécutée par des étudiants novices. C'est dire qu'il s'agit là d'un procédé opératoire qui doit désormais entrer dans la pratique de la chirurgie d'urgence et qu'il y a un réel intérêt à la faire répéter aux élèves. D'ailleurs il est indispensable d'habituer tous les jeunes praticiens au maniement des aiguilles fines. Le talent de la couturière n'est pas à dédaigner, même pour un chirurgien consommé, très maître de lui-même.

Je n'ai pas à vous rappeler ici, Messieurs, les rapports généraux de la veine jugulaire interne ; je vous renvoie pour cela aux traités d'anatomie chirurgicale, et, pour rentrer de suite dans mon sujet, je me borne à vous rappeler que c'est généralement pour des plaies de ce vaisseau qu'on a eu à intervenir par la ligature ou la suture.

Jadis on a même tenté la *compression* de la veine ; et tous les auteurs citent le cas de Botal qui, pour une plaie du cou, fit comprimer alors avec succès, pendant 48 heures consécutives, la jugulaire interne de Guillaume, prince d'Orange. C'était par peur de la ligature qu'on avait été amené à essayer ce modus faciendi ; on craignait, en effet, lors de la ligature — ce qui se comprend bien — la suppuration de la plaie, la phlébite et par suite l'infection purulente. Mais on s'aperçut bientôt que la compression elle-même ne garantissait nullement de ces terribles accidents : ce qui n'a rien d'étonnant, puisque les instruments ou les doigts compresseurs étaient forcément en contact avec le vaisseau dans une plaie du cou. Et quelques chirurgiens plus osés ne craignirent pas de proposer nettement la *ligature*. Ce que fit d'ailleurs Travers dès 1818. Ce n'est que récemment qu'on a eu recours à la *forcipressure* et enfin à la *suture* de la jugulaire interne.

La ligature peut être *latérale* ou *totale*. Elle est latérale, quand elle s'applique sur une partie seulement de la paroi vasculaire ; totale, quand elle est exécutée comme une ligature d'artère, c'est-à-dire circulairement autour de la veine. Latérale, elle n'arrête pas le cours du sang : ce qui constitue un réel avantage, et empêche la formation d'un thrombus.

C'est la ligature latérale que préconisa Travers en 1818 ; il fut imité par Guthrie en Angleterre, Roux en France. L'opération tomba bientôt dans un juste discrédit à la suite des travaux de Fischer et de Blasius (1871), qui citèrent le premier 7 cas avec 5 morts, le second 6 avec 5 décès également. Le procédé fut donc condamné par Malgaigne, puis par Le Fort et Peyrot.

Mais, l'ère antiseptique étant venue, on fut obligé d'en rappeler de ce jugement sévère, après les travaux, cités par A. Broca, de Kadazki (1873), Marquardt (1879), Levis et de A. Pilcher (1883), qui publia 8 cas suivis de 8 succès. Les choses étaient donc notablement changées ; les statistiques n'étaient plus déplorables, et Vaudey, dans sa thèse de 1891, put constater qu'il était possible de faire la ligature latérale sans suppuration, partant sans accidents graves d'hémorrhagies secondaires par chute du fil. En immergeant la ligature, en suturant les parties superficielles et la peau par dessus, il y a réunion par première intention. On obtient alors de très bons résultats, ainsi que plus récemment Brachet l'a démontré dans sa thèse (1895). Ajoutons aux faits heureux précédemment cités ceux de Fraser et Turazza, publiés en 1893 et 1894.

Dans de telles conditions d'asepsie, cette variété de ligature est acceptable ; mais elle ne peut être pratiquée que dans certaines circonstances. Elle rendra, entre autres, des services dans les plaies latérales de la jugulaire, produites par l'arrachement de petites veinules

collatérales dans le cas d'extirpation de tumeurs du cou, ou dans les piqûres de cette veine (Brachet).

Aujourd'hui on pratique plus fréquemment la *ligature totale*. Cette opération, généralement préférée, a été étudiée vers le milieu de ce siècle par S.-W. Gross (de Philadelphie), qui rapporte 43 observations avec 4 décès seulement ; et par Fischer, dont la statistique comprend 41 faits avec 9 morts. Enfin, plus récemment, Gay, Tipton, Woodmann ont obtenu des succès à noter (1). M Vaudey, dans sa thèse de 1891, a de son côté rapporté 12 cas avec 2 morts seulement.

Cette opération avait été délaissée, d'abord parce qu'on redoutait l'infection de la plaie, c'est-à-dire l'infection purulente et des troubles de circulation céphalique. Aujourd'hui, on ne doit plus avoir les mêmes craintes, puisque l'infection peut être écartée et puisque les accidents formidables de l'hémorrhagie secondaire par chute des fils dus à la suppuration n'est plus à redouter. D'ailleurs, il faut se souvenir que les vétérinaires ont fait autrefois cette ligature, et que, dès cette époque, les accidents observés chez le cheval n'étaient pas trop fréquemment sérieux.

La question des troubles céphaliques consécutifs à cette ligature a été jugée après la thèse de Dussautour (1873). Sur 36 observations, cet auteur n'a relevé que deux fois un léger œdème de la face et de la céphalalgie persistante, quoique peu intense, et qu'une fois une hémiplégie incomplète et passagère. Une fois seulement, en somme, on a noté un accident léger : l'hémiplégie. D'ordinaire, aucun trouble n'est à craindre.

Ranvier a d'ailleurs démontré qu'on pouvait lier les veines sans crainte. Il y a des anastomoses suffisantes, ainsi que l'ont prouvé Nicaise et Sappey, pour assurer, après la ligature, une parfaite circulation du sang. Pour ce qui concerne les jugulaires, il suffit de rappeler l'existence des riches plexus anastomotiques intravertébraux et péri-rachidiens (Walther).

Le manuel opératoire de la ligature est des plus simples, qu'il s'agisse d'une ligature totale ou d'une ligature latérale. Cette dernière, n'étant employée que dans les cas d'arrachement des petits vaisseaux s'abouchant perpendiculairement dans la veine, de petites plaies veineuses et de piqûres, peut être exécutée avec du catgut ou un fil de soie. La soie vaut mieux, car on peut serrer plus facilement ; et, pour empêcher le fil de glisser, on fera bien de recourir à la ligature en anse ; de la sorte la soie est arrêtée d'une façon plus solide. Par dessus, on réunira les parties molles, de manière à constituer un plan de soutien efficace à la veine sous-jacente.

Pour procéder à la ligature totale, on n'a qu'à suivre le même manuel opératoire que lorsque l'on a affaire à une artère ; mais la dénudation n'a pas besoin d'être complète. On utilisera soit la soie, soit le catgut, de préférence la soie, plus facile à stériliser et moins susceptible de contagionner l'opéré que le catgut, en raison de sa nature même.

Parfois, on a à pratiquer cette ligature après la *résection des veines*, opération que l'on a faite dans ces dernières années avec de réels succès. Ainsi, on a réséqué les veines jugulaires, et plus particulièrement au voisinage du golfe de la jugulaire interne pour des phlébites du sinus latéral. On trépane au niveau de ce sinus, curette l'intérieur de la jugulaire et extirpe les parties malades, après ligature des veines au-dessus et au-dessous. Il importe d'ailleurs de signaler que cette pratique a été imitée des vétérinaires : il y a longtemps que ces derniers ont recours à des interventions de ce genre pour les phlébites suppurées après phlébotomies.

(1) Cités par A. Broca, *Traité de Chir.* de P. Reclus et S. Duplay.

La *suture des veines* est une opération plus moderne encore. Le premier fait connu a été rapporté par Just Lucas-Championnière, dans sa Chirurgie Antiseptique, et est dû à Lister ; il a trait à une suture au catgut de la veine axillaire, à laquelle assista l'introducteur de la méthode antiseptique en France. Les cas suivants appartiennent à Schede et à Czerny (1). Mais ce n'est qu'avec les recherches expérimentales de von Horoch (1888) que cette intervention commença à attirer l'attention, et qu'après le travail d'ensemble de A. Mayr qu'elle entra dans le domaine de la pratique chirurgicale. A partir de cette époque, en effet, les observations se succèdent d'années en années : Niebergall (1891), Schede (1892), etc. M. Romme ébauche à ce moment la question, en analysant en France le travail de Schede (1893), et y revient deux ans plus tard (1895), en insistant sur la réparation des veines suturées. A citer encore les faits de Marin (1893), Kay (1894), Ricard (1895), et enfin la thèse de Brachet (Bordeaux, 1895), qui vient de résumer ce chapitre important de médecine opératoire.

Jusqu'à présent, on connaît six cas de suture de la veine jugulaire (Czerny, Schede, trois de Kay, Ricard), avec cinq guérisons et une mort (Czerny, cas ancien). Les trois faits de Paul Kay ont été réunis à la clinique de Kiel et ont trait à des plaies opératoires faites au cours de l'extirpation de tumeurs du cou. Ricard, à Paris, a pratiqué la suture dans une circonstance analogue.

D'après les expériences de von Horoch, qui ont porté sur la fémorale et sur la jugulaire, quand ont fait la suture d'un gros tronc veineux, on n'en diminue pas notablement le calibre. Cette diminution est à peu près nulle quand la suture est longitudinale ; si elle est transversale, il n'y a qu'un léger rétrécissement. En tous les cas, la paroi vasculaire est parfaitement rétablie et le sang circule comme dans un vaisseau intact.

La suture des veines en général et de la jugulaire en particulier peut être pratiquée par divers procédés. Von Horoch et Mayr ont recommandé un surjet continu. Ricard a utilisé la suture à points séparés et la suture de Lembert. On devra préférer le surjet classique, qui sera exécuté à l'aide de très petites aiguilles rondes et courbes, pour éviter la sortie du sang veineux par les orifices d'entrée et de sortie de l'aiguille (von Horoch). Schede a utilisé le catgut ; mais la soie très fine, recommandée par von Horoch et Ricard, doit être préférée, en raison de sa stérilisation facile et de sa solidité. On doit éviter l'emploi des aiguilles de Reverdin, dont l'extrémité lancéolée fait des trous trop grands à la paroi veineuse, et des aiguilles de Hagedorn, qui sont trop plates et présentent le même inconvénient.

On a essayé de faire la suture séparée des diverses tuniques de la veine : ce qui, d'après Mayr, est loin d'être facile et tout à fait inutile pour Schede. Chez l'homme, il est évident que cette précaution est superflue. Le point important est de faire, par dessus la suture veineuse, une réunion solide des parties molles, pour éviter tout tiraillement de la plaie. Soutenue par les téguments bien réunis, la suture veineuse tient parfaitement.

La *forcipressure* des veines, à l'aide des pinces à pression ordinaire, a été recommandée par quelques

(1) Vinay. — Art. *Veines* in *Dict. de méd. prat.*, 1885.

auteurs et étudiée en particulier par H. Schmidt (1887) et Niebergall (1893). Mais elle présente de réels inconvénients : on laisse ainsi des corps étrangers au milieu des tissus, ce qui facilite la contamination de la plaie. Et l'on sait que la suppuration mène facilement dans ces cas aux hémorrhagies secondaires.

Il fut un temps où la *phlébotomie des veines jugulaires* jouit d'une vogue réelle : il importe donc de citer au moins ici cette opération, désormais tombée à peu près complètement en désuétude.

Chez les animaux, c'est la jugulaire interne que l'on saigne à l'aide d'un instrument spécial appelé *flamme*, et, en médecine vétérinaire, cette saignée est encore utilisée de nos jours. Mais, chez l'homme, la phlébotomie des veines du cou n'a été faite jadis que sur la jugulaire externe ou la jugulaire antérieure.

On connait la direction de ces deux vaisseaux. La veine jugulaire externe va du creux parotidien au creux sus-claviculaire, croisant obliquement le sterno-cléido-mastoïdien, et passant entre le peaucier et l'aponévrose cervicale superficielle; au-dessus d'elle se rencontrent quelques filets du plexus cervical, sans grande importance d'ailleurs.

Quant à la veine jugulaire antérieure, née des veines de la face, elle serpente d'abord à la partie antérieure du cou pour se jeter ensuite dans la veine jugulaire interne au niveau du cartilage thyroïde, quelquefois un peu plus bas : ce qui lui donne alors un trajet plus vertical que transversal.

D'ordinaire on faisait la saignée sur la jugulaire externe et l'appareil usité comprenait alors : une ou deux petites bandes, une cravate, une compresse carrée, une compresse graduée, une petite gouttière métallique qu'on remplaçait souvent par une carte à jouer et qui servait à diriger le sang dans le réservoir ad hoc, enfin les objets nécessaires à toute saignée : lancettes, etc.

Pour procéder à cette opération, on commençait par comprimer la veine jugulaire au niveau du creux sus-claviculaire. On se servait soit d'un cachet garni d'une pelotte, soit d'une bande placée sur une compresse graduée, et dont les chefs étaient noués dans l'aisselle du côté opposé, soit d'un lien circulaire réparti sur une compresse, qui avait l'inconvénient de déterminer des phénomènes d'asphyxie lorsqu'il était trop serré. Parfois on recourrait simplement au doigt d'un aide, qui comprimait la veine à l'endroit le plus favorable.

La tête étant un peu inclinée du côté opposé, on saignait un peu au-dessous de la partie moyenne du cou, parfois du côté gauche (à l'aide de la main droite), parfois du côté droit (à l'aide de la main gauche). L'incision de la lancette devait être perpendiculaire au peaucier et transversale, de façon à obtenir une plaie béante; il fallait inciser plus largement et plus profondément qu'au bras pour réussir. Le sang coulait alors en jet, mais parfois en bavant : ce qui obligeait à recourir à la gouttière métallique ou à une carte à jouer.

Pour faciliter la sortie du sang, il suffisait de faire faire quelques mouvements au malade. Pour l'arrêter, rien n'était plus simple : on plaçait le doigt sur la plaie et s'efforçait de détruire le parallélisme des plaies veineuses et cutanées, après avoir fait cesser la compression au-dessous de la saignée.

Pour le pansement, on se servait d'une petite compresse carrée qu'on plaçait sur la partie incisée et qu'on fixait avec une cravate ou une bande contournant l'aisselle opposée. D'autres fois, on mettait simplement sur la plaie un morceau de taffetas d'Angleterre, rendu humide à l'aide de la salive.

Tout cela n'était pas très chirurgical ni surtout très propre. Aussi observait-on des accidents, quelquefois formidables : telle l'entrée de l'air dans les veines, telle la phlébite et le phlegmon du cou. On abandonna donc de bonne heure cette opération, qui n'a plus désormais qu'un intérêt purement historique.

BIBLIOGRAPHIE.

Ligature des veines en général.

1872. — Nicaise. — *Des plaies et de la ligature des veines.* — Paris, in-8, th. d'agr.
1873. — Dassautour. — *Plaies de la veine jugulaire interne.* — Paris, thèse.
1884. — Sands. — *Arch. Med.*, N. Y., 1884, XII, 201.
1885. — Schober. — *Die Unterbindung der Vena femoralis communis.* — Wurzb., in-8.
— Krause. — *Die isolirte Unterbindung der V. f. c.* — Berlin, in-8.
1888. — Maubrac. — *Arch. de Méd. et de Pharm. mil.*, 1888, XII, 366, 439.
1890. — Vaudey. — *Plaies et ligatures de la veine jugulaire interne.* — Paris, in-8.
1892. — Cholzoff. — *Chir. Vestnidk.*, Saint-Pétersbourg, 671-1317.
— Trzebicky et Karpinski. — *Arch. f. kl. Chir.*, XIV, 642.
1893. — Van Lennep. — *Hahn. Monthl. Phil.*, XXVIII, 595.
— Braun. — *Arch. f. kl. Chir.*, Band XXVIII.

Ligature latérale.

1862. — Staub (A.). — *De ligatura venarum laterali.* — Berlin, in-8.
1871. — Blasius. — *Ueber seitliche Venenligatur.* — Halle, in-8.
1883. — Pilcher. — *Ann. Anat. and Surg.*, Brook., 1883, VIII, 51.
1893. — Frazer. — *Lancet*, Lond., 1893, 1189.
1894. — Turazza. — *Rif. Med.*, Napl., X, 662.
1895. — Brachet. — *Traitement des plaies latérales des grosses veines* (ligature et suture latérales). — Bordeaux, in-8.

Ligature totale.

1886. — Pilcher. — *N. Y. med. J.*, 1886, XLIII, 29-34.
1888. — Münck. — *Med. Woch.*, 1888.
1892. — Keen. — *Amer. J. of the med. Sc.*, juin.
1893. — Bergmann. — *C. f. Chir.*, n° 17, 369.
1894. — Keen. — *Med. and Surg. Rep.*, LXX, 380.

Suture des veines.

1888. — Von Horoch. — *Allg. Wien. Med. Zeit.*, 22, 339, 351, etc.
1890. — Mayr. — *Ueber die Venennaht.* — Erlangen, in-8.
1891. — Niebergall. — *Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIII, 540.
1892. — Schede. — *Arch. f. kl. Chir.*, XLIII, 338.
1893. — Marin. — *New-York M. J.*, LVIII, 411.
— Romme. — *Trib. Méd.*, Paris, 2e s., n° 27, 526.
1894. — Kay. — *Ueber die Venennaht.* — Kiel, in-8.
1895. — Romme. — *Gaz. Hebd.*, Paris, 16 janvier.
— Ricard. — *Congrès de Chir.*, p. 800.
— Brachet. — *Loc. cit.*

Forcipressure.

1888. — Schmid (H.). — *Berl. kl. Woch.*, XXIV, 339.
1891. — Niebergall. — *Loc. cit.*

Diner d'inauguration des nouveaux locaux de l'Ecole française d'Orthopédie et de Massage. — Le diner d'inauguration des nouveaux locaux de l'Ecole française d'Orthopédie et de Massage transférés récemment, on le sait, de la rue Méchain à la rue Cujas, 21, a eu lieu mardi dernier sous la présidence de M. le Dr Dubois, conseiller municipal de Paris. Après les toasts, un brillant concert a retenu les invités jusqu'à une heure très avancée de la nuit.

Le Monopole sur l'Alcool. — MM. Guillemet et Chabrié viennent de déposer au projet de réforme des contributions directes un contre-projet ainsi conçu : « Dans un délai de six mois, le gouvernement présentera aux Chambres un projet de *monopole* de rectification de l'alcool. Les produits de ce monopole remplaceront tout ou partie des quatre contributions directes. »

CLINIQUE INFANTILE

Idiotie : monstruosité physique et morale ; — acrocéphalie ; — cécité complète ; — surdité incomplète ; — Épilepsie ; — Nanisme relatif ; — obésité ;

Par BOURNEVILLE et J. NOIR.

SOMMAIRE. — *Père, accidents scrofuleux de naissance. — Grand'tante et grand-oncte paternels aliénés. — Mère, grand-père et grand' mère, morts tuberculeux.— Arrière-grand-père maternel, excès de boisson. — Grand-oncle maternel, épileptique. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 2 ans. — Frère: instabilité mentale; perversion des instincts.*

Grossesse : impression vive occasionnée par la lecture de récits relatifs aux monstres. — Aspect monstrueux de la tête et de la face à la naissance.— Début de la marche à 15 mois,— de la parole à 18 mois,— de la propreté à 2 ans.—Intelligence et affectivité naturelles jusqu'à 28 mois. — A cet âge, cécité complète en moins d'un mois. — Simultanément, taciturnité, affaiblissement considérable de l'intelligence. — Crises migraineuses avec douleurs cervicales de 3 à 10 ans. — Larmoiement disparu à un an. — Idées de jalousie. — Amendement progressif de l'aspect monstrueux de la tête et de la face. — Habileté manuelle extraordinaire. — Clastomanie. — Passion du mal.

1880-1881. — *Ecthyma. — Tentatives multiples de strangulation sur plusieurs enfants.*

1882. — *Persistance de la manie de destruction. — Kleptomanie. — Onanisme.*

1883-1889. — *Même état intellectuel. — Développement de la puberté.*

1890. — *Description du malade ; — malformations diverses. — Cyphose cervico-dorsale. — Écholalie. — Tics. — Surdité incomplète. — Syphilis acquise. — Épilepsie. — Marche de la puberté et de la croissance. — Exiguïté de la taille. — Obésité très prononcée. — Traitement thyroïdien : diminution de poids.*

Ric... (L.-Ed.), né à Paris le 23 mai 1868, est entré le 23 avril 1880 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents (*Renseignements fournis par la belle-mère de l'enfant* le 6 mai 1880 *et complétés par son père* en 1893.)

Père, 40 ans, est depuis 1854 contre-maître à la manufacture des tabacs. Marié en 1867 (de ce mariage est issu notre malade) ; il se remaria en 1878. Il n'a été atteint même dans son enfance d'aucune maladie infectieuse grave, ni d'aucun accident nerveux. Une calvitie légère, depuis l'âge de 35 ans, dénote une tendance à l'arthritisme. Pas de dermatose si ce n'est un sycosis de la barbe traité et guéri à l'hôpital St.-Louis. Il porte aux mains des cicatrices laissant présumer une résection ancienne du deuxième métacarpien droit, à la suite d'accidents scrofuleux, mais on ne peut donner de renseignements sérieux à cet égard. Il ne se laisse aller que fort rarement à des excès de boisson, fume très modérément. Intelligence normale. — [*Famille du père. Père* mort à 55 ans d'une affection pulmonaire au dépôt de Saint-Denis, homme de peine, chargé de famille, il s'était laissé aller au découragement et à la paresse ; néanmoins il aurait été sobre et n'aurait pas eu de maladies nerveuses. — *Mère*, 73 ans, bien portante pas d'accidents névropathiques. (Nous avons appris depuis qu'elle est morte à 78 ans, d'affaiblissement progressif sans démence.) — Trois *frères* bien constitués, en bonne santé. Ils ont eu des enfants : les uns vivent et n'offrent rien d'anormal, les autres sont morts en bas âge, mais on ne sait de quoi. — Deux *sœurs* sont mortes à un et deux ans, aucun renseignement précis à leur sujet. — Rien de particulier sur les *grands parents*. — Une *tante maternelle*, Barbe E...., fut internée comme aliénée à la Salpêtrière le 7 décembre 1862. Cette femme, alors âgée de 43 ans, fut successivement soignée dans les services de MM. Baillarger et Moreau, le diagnostic était : *Monomanie avec hallucinations de l'ouïe* ; elle fut transférée le 13 décembre 1866 à l'asile de St. Venant (Pas-de-Calais.) — Un *oncle maternel*, Michel E...., a aussi été atteint d'*aliénation mentale*. — Pas d'autres antécédents pathologiques ni psychiques intéressants sur la famille du père.]

Mère, morte à 29 ans en 1871 d'une affection chronique de la poitrine après 4 ans de maladie (tuberculose probable). Intelligente, elle avait successivement exercé les métiers de femme de chambre et de couturière. Elle n'avait pas eu, croit-on, de maladie sérieuse autre que sa maladie ultime. Nerveuse, émotive, peu expansive, « caractère en dessous » elle n'avait jamais eu cependant de crises de nerfs ni d'accidents nerveux véritables. Elle était sobre et avait reçu une certaine éducation. — [*Famille de la mère. Père*, cuisinier, serait mort « de la poitrine ». Il aurait été sobre mais fort joueur. Il n'aurait jamais eu de maladie nerveuse. — *Mère*, à laquelle ressemblait beaucoup, dit-on, sa fille, serait aussi morte poitrinaire. Elle n'aurait jamais eu d'accidents nerveux. — Le *grand-père paternel*, géomètre arpenteur à la campagne, y avait une réputation d'astronome ; il passait pour très intelligent. Il était très *alcoolique* ; il est mort assez âgé sans avoir présenté des troubles mentaux. Ni frères ni sœurs. — A signaler en outre un *oncle maternel*, instituteur, *épileptique*, mais qui tombe fort rarement. Cet oncle est très sobre mais très avare. Il a un garçon et une fille qui se porteraient bien et n'auraient pas d'accidents comitiaux. — Rien de plus à noter dans la famille de la mère].

Pas de consanguinité. (Le père est de Paris et la mère de l'Oise.) — Inégalité d'âge de deux ans.

De ce mariage sont nés deux *enfants* : 1° *Notre malade* ; — 2° Un *garçon*, né en 1870. Ayant perdu sa mère durant le siège, il fut un peu négligé, sa constitution physique s'en est ressentie et sa santé est assez mauvaise. Malgré cela, il est régulièrement conformé, est intelligent, a bonne mémoire, son caractère est doux. Il n'a jamais eu de convulsions, ni présenté d'accidents nerveux (1).

De son second mariage, le père de R... a eu : 3° un *garçon*. Cet enfant est actuellement (1880) âgé de 14 mois. Il est en nourrice, paraît bien conformé et bien portant et n'a pas eu de convulsions (2).

Notre malade. — La mère eut une *grossesse* assez bonne, troublée seulement par quelques scènes avec sa belle-mère qui n'aurait pas voulu qu'elle eut alors des rapports avec son mari. Elle lisait alors un livre de vulgarisation de Debay, intitulé : *Physiologie du mariage* ; la partie qui avait rapport à la grossesse et aux monstruosités l'aurait impressionnée vivement. — L'*accouchement* aurait été normal et à terme. — L'enfant, à la *naissance*, paraissait ne pas avoir de front ; son crâne était latéralement déprimé, les yeux faisaient saillie et « ils étaient à fleur de tête ». On constatait sur les faces latérales des dilatations veineuses de la grosseur d'une noix. En un mot, *il était absolument monstrueux*. Il n'était pas aveugle (il ne le devint qu'en 1870). Il fut élevé au sein par sa mère et ne fut sevré qu'à 15 mois environ. Le début de la *marche* fut à 15 mois ; celui de la *parole* à 18 mois. Il fut propre à 2 ans environ. Il n'a jamais eu de convulsions. Jusqu'à l'âge de 2 ans et 4 mois, R... voyait parfaitement ; il paraissait assez intelligent, était affectueux et jouait comme les autres enfants. A cette époque, il devint *aveugle* assez brusquement, la cécité se manifesta d'abord sur un œil (?) ; puis quinze jours après l'autre fut frappé. *En moins d'un mois, il ne vit absolument plus*. En même temps, il devenait taciturne, son intelligence baissait au point de devenir idiot en deux ou trois mois. Cette transformation s'opéra chez lui graduellement, sans plaintes ni pleurs.

En dehors de ces graves accidents, l'histoire de la santé de R..., durant son jeune âge, est simple. Il n'eut pas d'accidents scrofuleux, pas d'affection cutanée, pas de maladie infectieuse Il fut vacciné avec succès.

Il avait généralement le cou incliné et paraissait en souffrir un peu de temps à autre. Parfois alors survenait en outre de la *céphalagie* avec *vomissements*, par crises de deux jours

(1) Il est mort phthisique en 1890

(2) Cet enfant est entré dans le service en 1893 On a noté tout d'abord un médiocre développement des sentiments affectifs, puis, à 5 ans, une diminution de l'intelligence consécutivement à une albuminurie, aggravée par des pratiques solitaires à partir de 8 ans. Son état peut se résumer ainsi : *arriération intellectuelle, instabilité mentale*. Il est maintenant (1895) très notablement amélioré et pourra bientôt sortir.

de durée environ (*migraine* probable). Ces crises auraient disparu depuis 2 ans. Les yeux larmoyaient abondamment, mais ce larmoiement aurait cessé à la suite d'un traitement appliqué à l'Asile Clinique.

L'enfant dort bien, sans rêves, ni agitation. — Il mange avec appétit tout ce qu'on lui donne, est un peu vorace sans être coprophage. Il va régulièrement à la selle. Il ne sait ni cracher, ni se moucher. Il se tient mal à table, se sert assez maladroitement de la cuillère. Pas d'onanisme constaté. Il est affectueux avec son père et sa belle-mère dont il paraît même jaloux. — Il aimait autrefois beaucoup sa grand'mère paternelle, mais cette affection a disparu depuis qu'elle a rapporté au père les méfaits dont il se rendait coupable en son absence.

R..., en naissant, comme nous l'avons dit, avait la tête déformée, au point de passer pour un *monstre*; depuis, la conformation de l'extrémité céphalique s'est notablement modifiée et la difformité qui subsiste, bien que, encore considérable, serait, affirme-t-on, fort atténuée.

L'*état intellectuel* de R... est bizarre, il ne développe de l'intelligence que pour casser, briser, démonter les objets et paraît en avoir conscience, et cela depuis qu'il est aveugle. Tout jeune, sa seule distraction consistait à entasser dans le jardin sable et cailloux. Il ne pouvait fréquenter les autres

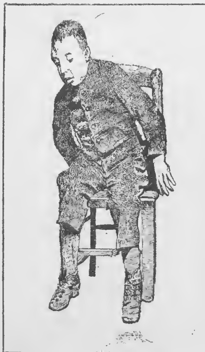


Fig. 2. — R... à 12 ans (1880).

enfants, seule la petite fille de la concierge où il habitait jouait avec lui, le faisait damner. Ses parents l'occupaient à écosser les pois, à casser le sucre, à scier et fendre le bois, besognes dont il s'acquittait bien sans jamais se blesser. Le reste du temps, il courait le long du mur de la chambre qu'il habitait, allant et venant ainsi durant des heures. Il déployait une adresse et une imagination étonnantes à exécuter de nombreux méfaits. Son grand plaisir consistait à dévisser les serrures. Une fois il démonta une table en enlevant les vis qui la fixaient et dont on ignorait la présence; il défaisait les roulettes du lit de ses parents. Un jour en faisant levier avec une barre de bois et en superposant des cales, il parvint à soulever un lit très lourd. Il arracha toute l'étoupe qui garnissait en-dessous le sommier et s'en fut en riant la porter à sa grand'-mère. Il se rendait si bien compte de la sottise qu'il venait d'accomplir que, tandis qu'il tendait d'une main l'étoupe arrachée au sommier, il se protégeait de l'autre le visage dans l'attente de la correction méritée. Il avait encore la manie de déplacer les meubles, et l'on dut fixer au mur une armoire qu'il prenait plaisir à trainer au milieu de la chambre. Les voisins constataient parfois ses manies, ils le virent monter les escaliers en dehors des marches en s'accrochant à la rampe; la mère d'un autre enfant, placé dans le service, nous a raconté qu'elle l'avait vu chez sa grand'mère démonter les meubles et les serrures et que lorsqu'on le laissait seul, on avait soin de suspendre au plafond les chaises pour l'empêcher de les briser. Notons encore que R... a toujours eu une excellente mémoire, qu'il reconnaît tout le monde et se souvient de faits accomplis depuis plusieurs mois.

1880. — Depuis l'entrée de R... à Bicêtre, il a été facile de vérifier l'exactitude des dires précédents, sur son habileté manuelle et ses penchants. Il a dévissé à diverses reprises la charnière d'une armoire, dépaillé des chaises, etc. Une scie et une baguette en bois lui ayant été données, il a scié, en tenant la scie entre ses genoux, la baguette en 8 morceaux. Il sait s'habiller et aide même fort bien à habiller et à déshabiller les autres petits malades. On n'a pas constaté d'onanisme. (*Fig.* 2).

9 *août*. — Éruption echtymateuse du dos. Traitement: bains et sirop d'iodure de fer.

1881. 4 *janvier*. — R... a tenté d'*étrangler* l'infirmier V... il y a deux jours, et l'enfant G... ce matin avec une corde qu'il avait dissimulée. Tous les deux portent au cou un sillon ecchymotique. Ce n'est pas, d'ailleurs, la première tentative de ce genre.

30 *juin*. — Pas de nouveaux essais de strangulation. Il fait des progrès en gymnastique, est très propre, s'habille, cire ses souliers. Les autres enfants en revenant des cabinets vont se faire reculotter par lui.

31 *juillet*. — Tentative nouvelle de strangulation, cette fois avec les mains sur l'enfant D... qu'on a trouvé suffocant.

1882. 11 *janvier*. — R... conserve ses *manies destructives*; il vole tout ce qui lui tombe sous la main. Un pantalon trop court, par exemple, lui a été donné, R... disparaît quelques instants et revient avec un pantaton long qu'il a dérobé on ne sait où. S'il a froid, il déshabille sans scrupules un autre enfant et s'approprie son tricot.

19 *juin*. — État de santé générale satisfaisant. Parfois onanisme.

25 *décembre*. — Mêmes *instincts destructeurs*. Pour ne pas assister aux exercices de gymnastique, qu'il exécute du reste bien, il brise toujours quelque chose, déchire son pantalon, lacère les souliers d'un camarade, etc. Il raconte ses exploits avec satisfaction et un rire sardonique tout particulier; il semble vouloir en tirer vanité. On a essayé pour le punir de lui mettre le manchon et même la camisole, il a toujours trouvé le moyen de les déchirer et de s'en débarrasser. Il connaît maintenant tous les enfants de la petite école. Il n'a plus fait de nouvelles tentatives de strangulation.

1883. 4 *août*. — Pas de modifications notables. (*Fig.* 3).

Examen de la dentition par M. le Dr Cruet. — *Mâchoire supérieure* : Douze dents saines mal rangées, mâchoire latéralement déprimée et préominant anguleusement sur la ligne médiane. *Mâchoire inférieure* : Douze dents saines et bien rangées sur une mâchoire normale.

Articulation. Prognathisme supérieur peu prononcé. Les dents inférieures touchent le collet des dents supérieures. — *Voûte palatine* étroite et assez profonde. *Gencives* un peu rouges au bord. — Dents recouvertes de mucus.

1884. 11 *mars*. — R... entre à l'infirmerie pour être soigné de deux petites *ulcérations* aux talons dûes aux frottements de ses chausures. — Pansements phéniqués; guérison rapide (26 mars).

1885-1886. — Aucune modification notable dans l'état de l'enfant.

1887. *Juin*. — R... en raison de ses aptitudes manuelles est placé comme apprenti dans l'atelier de rempaillage. Il a la manie de couper les cordons des chemises des autres enfants, ou des tabliers dont il peut s'emparer; de les attacher ensemble et de les placer sur lui, en guise de bretelles (*fig.* 4).

1888. 16 *juillet*. — *Puberté*. — Fin duvet sur la lèvre supérieure; joues, menton, aisselles glabres. Touffes de poils assez abondantes à la partie inférieure du pénil et à la racine des bourses. Verge : longueur 7 cm.; — circonférence 6 cm. Gland découvrable, méat normal. — Bourses rétractées. —

Testicules égaux, de la grosseur d'un petit œuf de pigeon. — Périnée et région anale garnis de poils assez abondants.

1889. 11 *septembre*. — *Puberté*. — Aisselles garnies de quelques poils. Pas de changements notables dans le développement des organes génitaux et du système pileux, si ce n'est un léger accroissement de volume des testicules comparés à un petit œuf de poule. Légères ulcérations sur les bourses paraissant dues au frottement de la chemise.

1890. 17 *février*. — *État actuel*. — *État général* satisfaisant, *adipose peu prononcée*, téguments colorés. Expression générale stupide, air hébété.

Peau fine, pas de cicatrices. *Cheveux* châtains foncés, assez abondants et régulièrement implantés à tourbillon postérieur médian. *Sourcils* assez fournis et accentués ne correspondant que dans leur partie externe à l'arcade sourcilière à laquelle ils sont sous-jacents dans leur partie interne. *Cils* rares à gauche, assez nombreux à droite. *Système pileux* peu abondant et sous forme de duvet léger à la lèvre supérieure, rare au niveau des aisselles, abondant au périnée, nul au devant de la poitrine. — *Ganglions* légèrement hypertrophiés au niveau des plis inguinaux.



Fig. 3. — R... à 15 ans (octobre 1883).

Tête. — *Crâne* oxycéphale, indice céphalique : 1,32. Déformation très prononcée sans asymétrie. *Front* très fuyant et allongé, sans bosses frontales. Du côté droit l'on sent, sous la peau, des irrégularités de la surface osseuse; une crête est saillante sur la ligne médiane, son origine est à la racine du nez, elle va ensuite en s'atténuant et se porte légèrement à droite. A la partie supérieure du front est un ressaut indiquant la suture fronto-pariétale. *Les bosses pariétales n'existent pas*. Il n'y a plus traces de fontanelles. La forme générale du crâne est celle de la petite extrémité d'un ovoïde antérieurement aplati. L'analogie complète du crâne de R... avec celui d'un hébridais de Mallicolo, exposé par M. Dedoyart à la section d'anthropologie de l'Exposition universelle de 1889, est très frappante.

Face. Visage allongé dans le sens vertical. L'axe de la face forme un angle obtus ouvert à droite avec l'axe crânien. *Asymétrie marquée*, le côté gauche est notablement moins développé que le droit. — *Arcades sourcillières* peu proéminentes, situées à 2 cm. environ d'un plan vertical passant par le bord inférieur des orbites. Elles sont toutes deux sur le même plan horizontal. *Paupières* saillantes à cause de l'*exophtalmie* qu'a le malade. La paupière supérieure est très développée. L'occlusion complète de l'œil est possible. La fente palpébrale est dirigée obliquement en bas et en dehors. Du côté gauche, elle est moins étendue en appparence par le fait d'une blépharite chronique qui détermine aussi de ce côté un leger ptosis.

Yeux. *Exophtalmie* très prononcée, *strabisme* divergent. *Nystagmus* dans toutes les directions. Conjonctivite légère, pas de lésions de la cornée. Iris verdâtre. Pupilles égales *réagissant à la lumière*. *Cécité absolue*.

Nez irrégulier, continuant le plan du front à sa racine et se déviant manifestement à droite vers sa pointe. Atrésie linéaire de la narine gauche qui laisse suinter un liquide muqueux. L'*odorat* paraît exister, mais le malade ne fournit aucune explication sur les substances qu'on lui fait sentir. *Pommettes* saillantes, mais surtout à gauche. Sillon naso-labial plus accusé à gauche qu'à droite. *Lèvres* peu développées, naturellement entr'ouvertes. La lèvre supérieure laisse habituellement à découvert les incisives. La commissure gauche est plus éloignée de la ligne médiane que la droite. La moitié



Fig. 4. — R... à 19 ans (août 1887).

gauche de la ligne supérieure est plus mobile que la moitié droite.

La *langue* a sa mobilité ordinaire, elle est un peu déviée à droite. Le *palais* forme une voûte triangulaire dont le raphé médian est fortement dévié à droite dans sa moitié postérieure. Les *amygdales* sont déchiquetées et ulcérées. Le *goût* parait normal. Réflexe pharyngien peu accentué. — *Menton* arrondi et fuyant. La partie gauche de la mandibule descend plus bas que la droite.

Oreilles. L'*oreille droite est moins développée* que la gauche. Les deux oreilles présentent des *déformations* marquées. Le lobule est peu développé et adhérent. La racine de l'hélix fait une saillie transversale dans toute l'étendue de la conque. L'hélix n'est ourlée que dans la portion ascendante du côté gauche. L'anthélix présente une triple racine dont la 3e branche va se confondre verticalement avec l'hélix au-devant du tubercule de Darwin qui est assez marqué. A droite la déformation est un peu moins accentuée qu'à gauche ; l'hélix est légèrement enroulée et l'anthélix ne

présente que deux racines. *L'ouïe est très dure* ; le malade n'entend ce qu'on dit que lorsqu'on lui crie dans l'oreille.

Mobilité de la face plus prononcée à gauche qu'à droite. — *Sensibilité* égale.

Cou court, circonférence : 0^m32. Pas d'adénopathie. Pas d'hypertrophie du corps thyroïde.

Thorax. — Saillie assez prononcée de la région sternale supérieure. *Mamelles* assez développées. Légère *cyphose* cervico-dorsale ; pas de déviation scoliotique de la colonne vertébrale. *Cœur,* battements réguliers. Aucun signe anormal à l'auscultation et à la percussion du cœur et des poumons. Mouvements respiratoires : 25 à la minute ; pouls régulier, à 70.

Abdomen un peu proéminent ; le foie et la rate paraissent normaux.

Organes génitaux. Verge : longueur : 65 mm., circonférence : 78 mm. Gland découvert ; testicules de la grosseur d'un petit œuf de poule, égaux. Anus normal.

Membres supérieurs. Développement égal, saillies musculaires normales. Examen dynamométrique : D. 30 ; G. 25. Aucune malformation des mains, doigts et ongles. — *Membres inférieurs* bien développés et normaux tant au point de vue morphologique qu'au point de vue fonctionnel.

Réflexes et *sensibilité cutanée* normaux.

Le malade parle difficilement ; les mots sont mal articulés on a beaucoup de peine à comprendre ce qu'il veut dire. Lorsqu'on lui pose une question, il répète la phrase entendue en guise de réponse (*écholalie*).

27 *juillet.* — Toujours destructeur, le malade se livre de plus en plus à des violences vis-à-vis des enfants et des infirmiers. — Douches froides.

Décembre. — R... est mis à la grande école et voici la note remise à son sujet par son instituteur.

« Sa *physionomie* est presque toujours souriante. Il fait parfois des grimaces, se mord l'index de la main droite en remuant la tête à droite et à gauche, pendant que la main est repliée en l'air dans la position qu'il lui donne pour faire signe à quelqu'un de s'approcher. Lorsqu'on arrive près de lui, il tâte avec les mains, et tout en parlant compte les boutons des vêtements. Il est très actif, aime bien à s'occuper, est adroit et malgré son infirmité sait bien se diriger. C'est ainsi qu'il va de la classe aux cabinets de la cour sans qu'on le conduise. Il marche le corps droit les mains tendues en avant. Il ne casse, ni ne déchire rien actuellement, aime à se cacher dans un coin et lorsqu'on le retrouve, il rit bruyamment répétant : « R... s'est caché, » R... mange proprement, n'est pas glouton et ne bave pas. Il s'habille soigneusement. Il n'est pas grossier, est doux avec les enfants, leur parle, les caresse et les chatouille. Pas d'onanisme. En classe, son défaut est de cracher constamment en faisant bruyamment remonter les mucosités de sa gorge. Il se balance aussi souvent d'avant en arrière en riant.

Intelligence. — Il comprend ce qu'on lui dit, connaît les jours de la semaine, sait le nom des diverses parties de son corps. Il a la notion des nombres, compte des bâtonnets qu'on lui présente et les doigts de la main allongés, en les palpant. Il compte spontanément jusqu'à 19, s'arrête et continue jusqu'à 29 si l'on prononce 20, jusqu'à 39 si l'on dit 30. Il se rend compte de la longueur, de l'épaisseur et de la pesanteur.

Parole. — Il a l'accent nasillard, articule nettement les syllabes directes : ba, pa, cha, etc. Il a de la peine à articuler les sons où se rencontrent deux consonnes fortes : Ex. : crayon. Il grasseye un peu mais se fait comprendre, il emploie toujours la troisième personne, en parlant de lui : « R..., dit-il, a fait ceci ou cela ». Il tutoie tout le monde. Il est un peu sourd surtout de l'oreille droite. Sa mémoire est bonne. Il sait ce qu'il a à faire en classe, où est sa place, etc. En classe, il enlève sa calotte en entrant, la met soigneusement dans sa poche, pour la remettre en sortant. Il aime à faire des constructions avec des pochettes, à compter avec le boulier et n'est pas désagréable.

Atelier de paillage. — Moins destructeur qu'auparavant ; s'il apprend à bien placer sa paille il la défait bientôt.

1891. 20 *février.* — R... présente des ulcérations de la bouche d'aspect spécifique, il est mis à l'isolement. L'origine de ces ulcérations, ne peut être décelée. — *Traitement* ioduré et mercuriel.

1892. 3 *mars.* — R... a eu des plaques muqueuses sur les bourses et dans la bouche. Actuellement il ne présente plus d'accidents et n'a pas d'adénopathie.

15 *juillet.* — *Puberté.* — Duvet léger à la lèvre supérieure. Le reste du visage est glabre, ainsi que le thorax. *Aisselles* garnies de poils assez longs, mais pas très abondants. *Pénil* garni de poils abondants, longs et frisés, ne s'étendant pas vers l'abdomen, mais gagnant un peu la région inguino-crurale. *Membres* glabres. — *Verge,* longueur : 8 cm. ; circonférence : 7 cm. 5. *Testicules* de la grosseur d'un œuf de pigeon, le gauche descend plus bas que le droit. Région anale normale, garnie de nombreux poils s'étendant au périnée, aux fesses et au bas des reins où ils sont clair-semés.

Tableau du Poids et de la Taille.

	1880		1881		1882		1883		1884		1885	
	Avril.	Juillet	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids	23k.700	25k.600	25k.40	25k.70	25k.50	26k.80	26k.10	29k.	29k.10	29k.80	29k.80	29k.50
Taille	1^m 28	1^m 28	1^m 28	1^m 29	1^m 29	1^m 29	1^m 29	1^m 32	1^m 34	1^m 35	1^m 36	1^m 40

	1886		1887		1888		1889		1890		1891	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids	32k.600	33k.288	35k.200	37 k.	36k.900	35 k.	41k.500	41k.600	44 k.	42k.500	44k.800	47 k.
Taille	1^m 41 1/2	1^m 43	1^m 43	1^m 43	1^m 43	1^m 43 1/2	1^m 45	1^m 45	1^m 45 3/4	1^m 46	1^m 46	1^m 46

	1892		1893		1894		1895	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids	50k.500						53 k.	59k.200
Taille	1^m 46						1^m 465	1^m 465

1893. 18 *Janvier.* — *Puberté* : Aucune modification.

3 *Mars.* — Maintenu longtemps à l'isolement des syphilitiques bien que sans accidents, y rendait de nombreux services mais ses instincts de méchanceté et de destruction se réveillent et on doit l'envoyer à la grande école.

15 *juin.* — R... devient plus méchant, tourne sa fureur contre lui-même et s'égratigne le visage. Il se déplaît à l'école où les autres enfants le taquinent, et comme sa surdité s'est accrue, il est leur victime. Son père vient demander son retour à l'isolement des syphilitiques où il affectionnait particulièrement Mme Chaperon l'infirmière qui prenait soin de lui.

13 *juillet*. — Depuis son retour à l'isolement, il s'est calmé et ne s'égratigne plus. Pas de modification de la *puberté*.

14 *décembre*. — Le malade a fait une escapade : à 5 h. 1/2 du matin, il a quitté le dortoir, a longé le mur de ronde, arraché un treillage, l'a dressé le long du mur assez élevé, s'en est servi pour l'escalader et s'est laissé glisser de l'autre côté. Il a alors suivi le mur de l'hospice jusqu'à la porte principale où le concierge l'a cueilli et reconduit dans le service.

20 *décembre*. — Ce matin R... s'est précipité sur une infirmière qui lui faisait une observation, l'a saisie par les mains, égratignée et frappée à coups de pieds sans qu'elle ait pu se dégager et durant cela il criait : « C'est pas fort les femmes. R... a pas peur des femmes » !

A l'école, il brise tout et cherche à saisir au passage les enfants pour leur faire du mal. — Cette année (1893), l'un de nous, dans un travail sur les *tics*, a décrit les tics coordonnés et l'écholalie dont R... est atteint dans les termes suivants.

Tableau des mensurations de la tête.

MESURES DE LA TÊTE,	1887	1888	1889		1890	1891	189.		1893		1 94		1895		1896
	Juin.	Juill.	Janv.	Sept.	Juill	Janv.	Mars.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	
Circonférence horizontale maxima	45	45.5	45.5	45.5	48	47.5	47.5	47.5	47.5	47.5	47.6	47.6	47.6	47.6	47.6
Demi circonférence bi-auriculaire	36	36	36.5	37	34	37.5	37	37	37	37	37	37	37	37	37
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	33.5	36	37.5	37.5	37	37	37	37	37	37	47	37	37	37.2	37.2
Diamètre bi-auriculaire maximum	16	15.8	17.6	15.6	17.1	14.3	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Diamètre bi-auriculaire	10.2	11.2	11	11.1	11	12.4	12.4	12.4	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	12.6	12.6
— bi-priétal	12.9	13.4	13.1	13.1	12.8	12.6	13	12	13	13	13	13	13	13	13
— bi-frontal	»	»	»	»	10.2	10.5	11	11	11	11	11.2	11.3	11.4	11.4	11.4
Hauteur médiane du front	»	»	»	»	5	6.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5

Description des tics et de l'écholalie. — R... offre comme tics de simples balancements antéro-postérieurs qu'il exécute sur une chaise dont il applique le dossier contre un mur et sur laquelle il s'assied les deux pieds postérieurs du siège le supportant seul. Il parvient ainsi à se balancer violemment des heures entières. R... parle d'une façon trainante et est écholalique parfait, surtout avec les personnes qui ne vivent pas continuellement avec lui. Lorsque les phrases qu'on lui adresse sont un peu longues, il ne répète que les derniers **mots**.

Ex : D. Qu'est-ce que tu as fait ce matin ? — R. Ce matin. — Tu as garni le poële ? — R. Garni le poële. — D. Veux-tu du pain, R... ? — R. Du pain, R .. (1).

1894. Rien à signaler de particulier, si ce n'est le développement progressif de l'*adiposité* du malade. 4 accès épileptiformes (1 en septembre et 3 en novembre).

1895. 11 *août*. — Le poids allant en progressant on applique à R... le *traitement thyroïdien*. Chaque jour le malade prendra un lobe de corps thyroïde.

25 *août*. Aucune modification dans l'état général, dans le pouls ni la température. Durant cette année le malade paraît être en déchéance. Il a présenté 5 *accès épileptiformes* (1 en février, 1 en avril, 2 en juillet et 1 en août, ce dernier seulement durant le traitement thyroïdien. Ces accès n'ont malheureusement pas été bien observés. Il en avait déjà eu 4 en 1894, un en 1893 et un en 1884. Il est regrettable que ces accès n'aient pas été décrits, mais il est à noter que de 1884 à 1893, ils ne se sont pas produits.

Décembre. — *Puberté*. Quelques poils courts dessinent une ligne étroite sur la lèvre supérieure ; un groupe de poils rares à la pointe du menton. Rien aux joues. Poils longs, peu abondants sous les aisselles. Les membres supérieurs, le tronc sont



Fig. 5. — R... à 26 ans (1895).

glabres. Poils noirs, abondants sur tout le pénil, à la racine des bourses et envahissant les aines. Bourses rétractées, pigmentées. Testicules égaux, de la grosseur d'un œuf de pigeon. *Verge* : *circonférence*, 8 cent. ; longueur, 4 cent. et demi. Poils assez nombreux à la partie supérieure de la face interne des cuisses. Poils courts, assez rares, à l'anus. Poils assez abondants dans le sillon inter-fessier, sur ses bords jusqu'à l'extrémité supérieure du pli inter-fessier. (*Fig*. 5, 6 et 7).

RÉFLEXIONS. — L'observation de ce malade présente un grand intérêt au triple point de vue de ses états physique et psychique et de l'action thérapeutique obtenue.

I. Les *antécédents héréditaires* sont suffisants pour légitimer jusqu'à un certain point les infirmités de R... Deux *aliénés* du côté paternel, un *ivrogne* et

(1) J. Noir. — *Étude sur les tics*, 1894.

un *épileptique* du côté maternel, un demi-frère interné dans le service pour *instabilité mentale* et *perversion des instincts*.

II. Les troubles de la *grossesse* sont d'autant plus vagues qu'ils ne sont que l'écho de racontars parvenus aux oreilles de la belle-mère de l'enfant, sa mère étant morte depuis longtemps ; aussi ne doit-on y ajouter qu'une confiance secondaire.

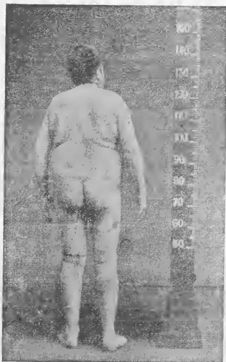


Fig. 6. — R... à 26 ans (1895).

III. A la naissance, la *monstruosité* de la tête est constatée, mais jusqu'à 28 mois, on ne remarque rien de trop anormal, l'enfant est arriéré, sans que rien d'inquiétant ne se révèle. A cette époque survient la *cécité* d'origine centrale et, avec elle, tout un cortège de troubles mentaux. Les déformations physiques s'accentuent, la tête reste toujours monstrueuse ; de la cyphose cervico-dorsale s'accuse ; R.. engraisse et l'*obésité* s'ensuit ; malgré cela, les muscles augmentent et les organes génitaux se développent normalement à l'époque de la puberté.

IV. Comme troubles morbides à symptômes somatiques, on n'a noté durant la longue période d'observation à laquelle il a été soumis (16 ans) que quelques *douleurs de tête* mal définies, de rares *accès épileptiformes*, de l'ecthyma et des manifestations de syphilis acquise dont il a été impossible de déceler l'origine.

V. Quel que soit le degré de *monstruosité* de R..., au point de vue somatique, il n'atteint guère l'étrangeté de son état mental. Presque aveugle-né, sans éducation spéciale, nous voyons cet être dégénéré acquérir une habileté manuelle remarquable, affiner les données du *sens du toucher* au point d'accomplir des travaux difficiles même pour un enfant de son âge, intelligent et bien portant ; mais ce qui chez lui est plus surprenant, c'est qu'il n'emploie son adresse qu'au mal, et non au mal fait inconsciemment. Quand il manigance et exécute une sottise, il se rend compte des conséquences et sait bien qu'une correction l'attend. Très jeune, nous le voyons démonter les sommiers de sa grand'mère, qu'il va chercher ensuite, riant aux éclats, lui fait constater le méfait et se garantit le visage avec le bras pour esquiver le soufflet qu'il prévoit. Plus tard, nous le voyons tentant d'étrangler ses petits camarades et racontant avec une satisfaction sans égale : « R... a voulu étrangler le petit garçon ».



Fig 7. — R... à 26 ans (1895).

Alors la parole prend à la fois un ton malicieux, sarcastique et satisfait, indéfinissable. Malgré cela, tous les instincts ne sont pas chez lui absolument mauvais. Il témoignait à sa belle-mère une affection poussée même jusqu'à la jalousie. Il est docile avec l'infirmière qui s'occupe de lui, et lui rend sans récriminations et sans méfaits mille petits services. Il est relativement propre et bien tenu. Lorsqu'on le met à l'école et qu'on le sépare de la brave femme qui l'a soigné jusque-là, il devient méchant, coléreux et l'on est obligé de le replacer sous sa surveillance.

R... est donc un imbécile, dégénéré au plus haut point ; les stigmates psychiques abondent et outre la passion du mal qui domine toute son histoire, nous observons en outre de la *kleptomanie*, de la *clastomanie*, des *tics* coordonnés et enfin l'*écholalie*. Remarquons qu'il est atteint à la fois d'écholalie et de cécité, que cette coïncidence n'est pas rare, que cette observation jointe à d'autres a porté l'un de nous (1) à poser l'hypothèse que l'écholalie paraissait influencée par le manque complet ou partiel de la mémoire visuelle.

(1) J. Noir. — *Études sur les tics*. — Une constatation analogue a été faite dans le même travail sur la coïncidence de l'échokinésie et de la surdité.

VI. R... qui avait eu un *accès d'épilepsie* en 1884 et n'en avait plus eu depuis cette époque jusqu'en 1893, en a eu 4 en 1894 et 5 en 1895. En raison de sa cécité, on ne peut invoquer l'influence de la vue de ses camarades. L'épilepsie, qui est la « bête noire » des idiots, est due sans doute à une irradiation des lésions qui existent à la base du cerveau et ont occasionné la cécité.

VII. Enfin, dans cette observation, nous ne saurions passer sous silence les résultats obtenus sur l'*obésité* de R... par l'*ingestion de glande thyroïde*. Ce traitement néanmoins ne paraît pas avoir modifié notablement son état psychique.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Congrès de Vacances de 1896.

Un certain nombre de Congrès nationaux et internationaux vont avoir lieu sous peu. Nous croyons intéressant de signaler les principaux à nos lecteurs.

Congrès français de Médecine mentale et nerveuse, 3-10 août 1896, à Nancy. (S'adresser au Dr Vernet, à Maréville, près Nancy).

Congrès international de Psychologie, 4-7 août 1896, à Munich. (S'adresser au Pr Rüdinger).

Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie, 4-8 août 1896, à Londres (Royal College of Physicians and Surgeon, Victoria Enbamkement).

Congrès français de Médecine : 6-11 août 1896, à Nancy.

Congrès international d'Anthropologie criminelle : 24-29 août 1896, à Genève (s'adresser à M. Bedot, musée d'Histoire naturelle) ; cotisation 20 fr.

Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique : 2-9 septembre, à Genève.

Congrès international des Pêches maritimes, aux Sables d'Olonne (Vendée), 3-7 septembre 1896. (S'adresser à M. le Dr Baudouin, 14, boul. St-Germain).

Congrès international d'Assistance et de Protection de l'Enfance : 14-19 septembre 1896, à Genève (Suisse).

Hôpitaux et Services de Prompts Secours.

On m'a plusieurs fois demandé pourquoi je préférais adopter pour le problème de l'Assistance chirurgicale instantanée la solution qui est la plus coûteuse, dit-on : celle qui consiste à créer des Hôpitaux de Prompts Secours, au lieu d'utiliser celle qui se présente naturellement à l'esprit de tous les anciens chirurgiens, c'est-à-dire des Services de Prompts Secours dans les hôpitaux déjà existants. J'y reviens encore aujourd'hui, n'ayant pu jusqu'ici convaincre que M. Strauss, l'administration paraissant demeurer réfractaire.

Plusieurs raisons me font énergiguement défendre mon idée première, aussi bien pour la Province que pour Paris. Mais voyons d'abord ce qui se passerait, si l'on voulait installer des Services de Prompts Secours vraiment pratiques et utiles. Il faudrait d'abord choisir un, deux ou trois hôpitaux au plus, parmi ceux qui existent déjà à Paris, l'un sur la rive gauche, l'autre ou les deux autres sur la rive droite, car il est absolument inutile d'avoir plus de deux ou trois de ces services spéciaux. En organiser un plus grand nombre occasionnerait d'ailleurs des dépenses trop considérables, hors de proportion avec les services rendus. Or, pour arriver à faire un choix, on se disputerait des années entières, d'abord au Conseil municipal, puis à l'Administration de l'Assistance publique. On mécontenterait un très grand nombre d'électeurs — ce qui a son importance —, de médecins et de chirurgiens — ce qui est moins gênant et moins grave —, en choisissant tel quartier plutôt que tel autre. D'où explosion de pétitions sans nombre, de récriminations de toutes sortes. On recommencerait à nouveau la querelle épique des Circonscriptions hospitalières ; et, finalement, on n'aboutirait probablement qu'à un résultat négatif.

A supposer maintenant qu'après de longues discussions et plusieurs années d'attente on arrive à un résultat, il faudrait organiser un personnel de garde pour chacun de ces services, c'est-à-dire trouver un chirurgien spécial, *consentant à habiter constamment l'hôpital*, et suffisamment éduqué pour pouvoir faire, le jour et la nuit, les laparotomies d'urgence les plus difficiles (plaies du foie, ruptures de l'intestin, écrasement de la rate, etc., etc.). Aucun des chirurgiens des hôpitaux actuels, nommés au concours, ne voudra jamais accepter pareille corvée, et il aura absolument raison : il n'a pas affronté ces terribles épreuves pour faire une besogne de sergent de pompier, de commissaire de police. De plus, comme il est à supposer que chaque année il faudra donner au chirurgien de garde titulaire quelques semaines de vacances, il sera nécessaire de le flanquer d'un adjoint, absolument apte à le remplacer à la moindre absence, et susceptible de l'aider dans les occasions graves.

Où prendre cet aide ? Evidemment, on ne pourra pas le rencontrer dans le corps selectionné, trop sélectionné, des chirurgiens des hôpitaux. Et, en somme, il faudra créer pour chaque service deux nouvelles places de chirurgien, qu'on ne peut pas nommer au concours —, sans cela ils finiraient par entrer dans la place (dans le sanctuaire sacro-saint des chirurgiens actuels des hôpitaux), par une porte détournée —, et qui feront évidemment une concurrence *très loyale* (quoiqu'on en puisse dire) aux titulaires des services hospitaliers proprement dits. D'où, dans ces hôpitaux à Services de Prompts Secours une guerre ouverte entre les chirurgiens de prompts secours et les chirurgiens des hôpitaux ordinaires (chefs de service, assistants futurs titulaires, etc., etc.), tout cela au seul détriment des malades et des blessés.

Qu'on ne nous accuse pas de pousser ce tableau au noir : tous ceux qui comme nous ont passé dix ans dans les hôpitaux parisiens et vivent dans le milieu chirurgical, savent fort bien de quoi il retourne. Et, la seule différence entre ces praticiens et nous, c'est que, sans crainte d'être désavoué, nous osons dire ce que tout le monde pense !

Dans de telles conditions, il est donc manifestement plus prudent et plus diplomatique de demander la création d'hôpitaux spéciaux, d'autant plus que la dépense ne serait pas beaucoup plus considérable avec cette solution qu'avec celle des services de prompts secours.

Je sais bien qu'on objecte encore l'argument suivant. Après m'avoir accordé la nécessité inéluctable du chirurgien de garde outillé et aidé, certaines personnes font remarquer : « Mais pourquoi créer un service spécial pour ce chirurgien ? Ne peut-on pas opérer dans une des salles d'opérations de l'hôpital et placer les blessés dans les différents services déjà existants ? » Ceux qui parlent ainsi connaissent bien peu le milieu medical et, si les choses devaient être comprises de cette façon, il serait préférable de ne les organiser jamais ! On n'obtiendrait en pratique que des resultats désastreux.

D'abord, au point de vue chirurgical, c'est une hérésie de décréter aujourd hui qu'une salle d'opérations peut être commune à plusieurs opérateurs. C'est un excellent moyen pour qu'elle soit vite infectée, c'est-à-dire pour tuer les

blessés! De plus, si un chirurgien titulaire trouve un beau matin dans son service un laparotomisé pour plaie du foie, opéré la veille par le chirurgien de garde, son concurrent, il le soignera ultérieurement — il faut dire ce qui est — avec une attention plus ou moins soutenue. C'est un malade grave, auquel il ne peut s'intéresser suffisamment. D'où un préjudice considérable pour le pauvre blessé. Qui plus est, comment voulez-vous que ce chef de service intervienne, si des accidents inquiétants se déclarent après la laparotomie et réclament une nouvelle intervention? D'un autre côté, le chirurgien de garde ne serait plus qu'un simple opérateur, ne revoyant jamais ses opérés: il deviendrait une machine à couper la chair humaine et ne pourrait de la sorte vraiment être un médecin digne de la confiance des malheureux.

Je conclus : les Hôpitaux de Prompts Secours s'imposent donc. C'est là la solution de l'avenir, la solution qu'indique le progrès. Les Services de Prompts Secours dans les anciens hôpitaux, c'est, au contraire, comme je l'ai dit maintes fois déjà, la solution d'arrière, la solution opportuniste. Malheureusement, par les temps qui courrent, je crois bien que ce ne soit cette opinion bâtarde, qui triomphe définitivement! Mais mon siège est fait et rien ne fera changer mon opinion sur ce point, pas même l'inertie de ceux que l'Administration va charger d'étudier la question. L'Administration a reçu des ordres. Le Conseil municipal a parlé et a commandé! Nous attendrons désormais les propositions de l'Administration pour revenir à nouveau sur cette question, qui n'est pas près d'être résolue. Dans notre beau pays de France, il y a loin de la coupe aux lèvres, du vote à l'exécution.

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 juillet 1896. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

M. DIEULAFOY, après avoir rappelé les difficultés du diagnostic de la fièvre typhoïde avec la granulée, la méningite, la grippe infectieuse, l'endocardite ulcéreuse, le typhus, l'embarras gastrique même, fait connaître l'importante découverte, présentée par M. Widal, le 26 juin, à la Société médicale des Hôpitaux. En ajoutant à quelques gouttes de culture pure de bacille d'Eberth une goutte de sérum sanguin obtenu par simple piqûre du doigt, on voit au microscope les bacilles isolés et mobiles si le sérum provient d'un sujet sain ou atteint de néphrite, ictère, pneumonie, rhumatismes, tuberculose, etc. On voit, au contraire, les bacilles s'agglutiner, se fixer et se réunir en îlots laissant de grands espaces vides, si le sérum provient d'un malade atteint de fièvre typhoïde. Dès le septième jour, la réaction est très nette, et M. Dieulafoy présente deux préparations obtenues l'une au septième, l'autre au douzième jour, et absolument typiques. Le remarquable travail de M. Widal, en dehors de son importance pour la pratique journalière, permettra de classer exactement nombre d'infections à allures typhoïdes, tels que le pneumotyphus ou d'infections mixtes hybrides typhopalustres.

Traitement de la hernie inguinale chez l'enfant par les injections de chlorure de zinc.

M. LANNELONGUE présente plusieurs enfants opérés par ce procédé. Cinq piqûres de cinq gouttes chacune sont faites avec la solution au dixième, en évitant le cordon. Après un gonflement énorme se produit un bouchon induré, oblitérant solidement le canal et supprimant toute impulsion intestinale dans l'anneau. Les escharres sont rares et très petites.

Rapport de prix.

M. DEBOVE lit un rapport dont la conclusion est qu'il n'y a pas lieu d'accorder la rente du Prix Saint-Paul.

A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 3 juillet 1896. — PRÉSIDENCE DE M. D'HEILLY.

M. VARIOT — *La codéine comme adjuvant de la dilatation de la glotte dans le croup.* En laissant pendant trois ou quatre minutes le tube d'O'Dwyer dans le larynx d'enfants qui ont du spasme de la glotte, on constate en retirant le tube que le spasme disparaît plus ou moins longtemps. On peut alors, suivant une observation, en donnant à l'enfant du sirop de codéine, empêcher le retour du spasme.

MM. VARIOT et BAYEUX montrent que le tube de O'Dwyer peut aussi servir d'écouvillon dans les diphtéries très membraneuses du larynx, sans qu'on le maintienne en place. Lorsque les membranes sont abondantes, on pratique le tubage, les membranes bouchent l'orifice du tube et les enfants expulsent immédiatement, en toussant, le tube et les moules membraneux. Le procédé est surtout à employer lorsque le tubage à demeure est impossible.

M. RENDU communique l'observation d'un jeune homme présentant tous les symptômes de la fièvre typhoïde, souffles, taches rosées lenticulaires, chez lequel l'examen du sang, au moyen de la méthode de Pfeiffer, montra qu'on n'était pas en présence de la fièvre typhoïde; on n'obtint pas non plus la réaction du sérum typhique sur la culture du bacille d'Eberth. D'autres expériences faites sur un malade atteint d'entérite aiguë ont donné les mêmes résultats négatifs.

M. WIDAL a pu de nouveau constater la réaction dans un cas difficile, où on hésitait entre l'endocardite ulcéreuse et la fièvre typhoïde. Cette réaction fut très nette et permit le diagnostic. Chez dix-sept personnes bien portantes ou atteintes d'autres maladies, elle a toujours manqué. Chez huit autres guéries de la fièvre typhoïde depuis plus d'un an, elle ne s'est reproduite qu'une fois.

M. COMBY communique l'observation d'un nouveau cas de rash scarlatiniforme dans la varicelle, mais celui-ci ne s'est montré qu'au huitième jour. On constatait dans les unes la présence d'albumine. Il se produisit à l'angle gauche de la mâchoire inférieure un engorgement ganglionnaire qui suppura et fut incisé. Aujourd'hui l'enfant est guéri.

L.-R. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er juillet 1896. — PRÉSIDENCE DE M. CH. MONOD.

Discussion sur la Cholédochotomie.

M. MONOD relate une observation de laparotomie exploratrice pour une obstruction spontanée du cholédoque. On avait fait le diagnostic de calculose, malgré une vésicule très distendue. On ne trouva pas de calculs et on aboucha la vésicule à l'estomac à l'aide du bouton de Murphy. Mort rapide. L'autopsie fut faite. Voies biliaires distendues en forme de lac biliaire et cancer de la tête du pancréas, expliquant la mort et la maladie. Il s'agit-là d'un cas de cholécystogastrostomie.

M. QUENU fait remarquer qu'il s'agit-là d'une intervention sérieuse.

M. MICHAUX défend à nouveau la voie latérale pour la cholédochotomie. Il ne craint pas l'importance de l'hémorrhagie quand on suit cette voie et critique l'incision médiane.

M. QUÉNU est pour l'incision médiane.

Bouton d'Hagokoff et tire-bouton.

M. CHAPUT fait un rapport sur un travail de HAGOKOFF, ayant trait à un bouton anastomotique d'une construction spéciale.—Ce médecin a aussi imaginé un dispositif qui sert à retirer ce bouton par les voies naturelles. Pour cela, il se sert d'un cathétère œsophagien creux, utilisable dans les cas de gastroentérostomie. M. Chaput critique justement ces deux instruments, dont le second paraît au moins inutile.

M. QUENU emploie le bouton de Murphy en isolant pendant l'opération, à l'aide de pinces, la partie de l'estomac sur laquelle

on agit. De cette façon, on n'a plus de défaut de réunion. M. Quénu, avant M. Hagokoff, a fait des expériences pour arriver à extraire le bouton par les voies naturelles.

M. FAURE fait une communication sur un cas d'*allongement des péroniers latéraux*. (Rapporteur : M. Kirmisson.)

M. RECLUS présente quatre malades, dont deux ont été opérés par M. Berger, qui ont subi des *greffes épidermiques de Thiersch et des greffes italiennes*. On doit combiner ces deux méthodes dans les cas de brûlures très étendues. Il ne faut pas exclure l'une au détriment de l'autre. Il faut placer au milieu des greffes de Thiersch, des morceaux de peau obtenus par la méthode italienne.

M. BERGER est de l'avis de M. Reclus. Il présente des malades opérés par la méthode italienne. Il insiste sur le dégraissement spontané des lambeaux; mais, quand ils sont trop volumineux, on peut très bien les dégraisser. Pour obtenir de bonnes greffes de Thiersch, il faut qu'elles soient épaisses, très profondes, contenant le derme, et qu'elles soient absolument complètes. Ne pas laisser d'espace non recouvert de greffes.

M. RECLUS pense qu'il faut appliquer de suite les greffes de Thiersch.

M. ROBERT présente deux cas de *suture osseuse pour fractures simples*. Photographies de Rœntgen à l'appui.

M. NÉLATON montre une malade opérée, il y a 6 ans, de péritonite tuberculeuse. On l'a opéré récemment à nouveau pour des trompes kystiques. On a constaté que les trompes étaient tuberculeuses.

M. BERGER cite deux cas de résultats éloignés de laparotomie pour tuberculose pulmonaire.

M. ROUTIER rapporte cinq cas analogues.

M. RICHELOT cite une observation de ce genre dans laquelle on a fait 4 laparotomies.

M. QUÉNU pense qu'on ne doit enlever les trompes que quand elles sont très nettement malades.

M. L. CHAMPIONNIÈRE relate une observation analogue à celle de M. Nélaton.

M. RICARD rapporte également un cas semblable.

M. WALTHER cite aussi une observation.

M. POTHERAT présente une *tumeur de l'arrière cavité des fosses nasales*.

M. RICHELOT présente une *tumeur du cæcum* extirpée par M. BELIN. Marcel BAUDOUIN.

Ordre du jour de la séance du 15 juillet 1896.

Rapport sur un *cas d'ostéotomie pour fracture vicieusement consolidée du péroné*, par M. ROCHARD. Rapport par M SCHWARTZ.

Communications : 1. *Nouveau procédé d'anastomose intestinale*, par M. PICQUÉ. — 2. *Traitement des kystes séreux congénitaux du cou*; par M. VERCHÈRE.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 2 juillet 1896. — PRÉSIDENCE DE M. A. LEFÈVRE.

M. ARMAND VIRÉ étudie la *faune vivante des Catacombes* ou anciennes carrières souterraines de Paris, vaste système de galeries, qui forment un réseau de plus de 300 kilomètres. Dans ce milieu parfaitement obscur, il a trouvé toute une faune modifiée et présentant les caractères des animaux cavernicoles. L'intérêt spécial de cette faune consiste surtout en ce qu'elle présente de très nombreux intermédiaires entre les espèces normales et les espèces complètement modifiées : c'est ainsi que les Trochus tout en présentant presque toujours la coloration des individus subaériens et des yeux presque normaux ou néanmoins de très longues baguettes tactiles disséminées çà et là sur le tégument; que les myriapodes sont tantôt gris, tantôt blancs, tantôt mi-partie gris et blancs que certains isopodes (trichoniscus roseus normalement rouges sur terre, sont, là, toujours blancs, quoique oculés, qu'enfin les amphipodes (niphargus) sont toujours blancs et aveugles. M. Viré fait ressortir l'intérêt que présente cette faune au point de vue transformiste et il annonce qu'il compte poursuivre sur des espèces normales qu'il introduira dans l'obscurité, l'étude expérimentale de l'influence du milieu. M. Milne-Edwards, directeur du Muséum, s'occupe, en effet, en ce moment de faire aménager un laboratoire spécial dans les catacombes du Muséum.

M. le Dr RAYMOND annonce qu'il vient de rapporter de la grotte de Saint-Marcel d'Ardèche un certain nombre d'animaux cavernicoles modifiés. M. Viré y reconnaît le Trichoniscus cavernicola, une araignée aveugle et des Anophtalmus.

Au nom de M. MAHEU, M. VIRÉ présente *trois éclats de silex*. L'un d'eux rappelle à M. G. de Mortillet le type des silex tertiaires d'Otta en Portugal. Or ces silex ont été trouvés par M. Maheu dans un terrain franchement pliocène. Mais est-il exempt de remaniement. Voilà la question. M. Mathieu se propose d'ailleurs de faire à ce sujet des recherches complémentaires pour bien établir la contemporanéité de la couche et des silex.

M. REGNAULT étudie la *forme du corps du fémur* dans divers états pathologiques. Dans la luxation congénitale le fémur offre un agrandissement du *diamètre pilastrique* aux dépens du diamètre opposé. Il en résulte que le fémur est comme aplati et présente une surface de section très ovale. La situation du pilastre est changée. On sait que sur le fémur sain il est postérieur. Dans la luxation congénitale il peut rester postérieur; mais le plus souvent il est plus ou moins déjeté en dehors. Le grand diamètre de la surface de section devient alors transverse, l'aplatissement portant suivant un axe antéro postérieur et un peu de dehors en dedans. Le fémur offre alors deux faces, antérieure et postérieure et deux bords, l'un interne mousse, l'autre externe pilastrique. En certains cas, assez rares il est vrai, le fémur offre un aplatissement du diamètre transverse. La déformation paraît alors être l'inverse de la précédente. Mais un caractère commun subsiste, c'est que le diamètre pilastrique est toujours le plus grand, car ici le pilastre est resté postérieur. Cette forme s'observe lors de la disparition complète des têtes et cols fémoraux. Rarement le pilastre est resté postérieur alors que les cols fémoraux subsistent. Telle la luxation congénitale double décrite en 1854 par le Pr Verneuil. On voit que la déviation en dehors du pilastre n'est pas une loi absolue. Si nous possédions les observations cliniques des pièces anatomiques, nous en trouverions probablement la cause dans la manière de marcher.

Félix REGNAULT.

CORRESPONDANCE

Vengeance de Libraire.

8 juillet 1896.

Mon cher Maître,

La critique scientifique n'est plus guère de mode: auteurs et éditeurs ne veulent que des éloges. Aussi, lorsqu'on se permet de dénoncer des actes de piraterie scientifique, s'expose-t-on à des vengeances... de libraire.

Dans une revue de thérapeutique parue dans le *Progrès médical* (3 février 1894, page 89), je relevais, en le blâmant, le sans-gêne du pseudo-professeur P. Lefert, jadis professeur P. Lefort, qui avait servilement et textuellement copié une page de ma thèse sans en citer le titre, ni mon nom dans un de ses manuels intitulés : la *Pratique des maladies du système nerveux*, édité par la maison *J.-B. Baillière et fils*.

Cet acte de justice devait tôt ou tard donner lieu à des représailles. Vous savez que j'ai publié dans la *Bibliothèque du conducteur de travaux publics*, un petit livre de vulgarisation sur l'hygiène. Le dernier numéro des *Annales d'hygiène* (*J.-B. Baillière*, éditeur; *H. Baillière*, gérant) a publié un compte rendu *anonyme* de cet ouvrage, m'accusant de plagiat. Par un procédé aussi inepte que méchant, l'auteur *anonyme* compare certains titres et sous-titres de mon petit manuel à des titres analogues pris dans le volumineux et excellent traité d'*Hygiène d'Arnould*. Exemple :

ARNOULD.	NOIR.
Le sol.	Le sol.
Nappe souterraine.	Nappe souterraine.
Thermalité du sol.	Thermalité du sol.
Souillures du sol.	Impuretés du sol.

Il s'étonne de m'y voir traiter ces sujets, comme si l'étude de l'hygiène exigeait de chaque auteur la découverte d'expressions nouvelles et comme si, bien avant Arnould, les hygiénistes en étudiant le sol, n'avaient jamais passé en revue sa nappe souterraine, ses impuretés et sa thermalité.

L'anonyme aurait pu cependant s'assurer que, chaque fois qu'au cours de ce livre, j'ai emprunté à Arnould une idée originale, je l'ai scrupuleusement cité.

Par un procédé inqualifiable, cette... critique *anonyme* est suivie d'une courte analyse d'un autre livre, signée P.

Brouardel (1), évidemment pour susciter l'équivoque sur l'auteur du factum. Je livre pareil procédé de critique au jugement de tout honnête homme. Cette manière d'agir ne peut être l'œuvre d'un confrère : c'est certainement la vengeance astucieuse d'un commerçant.

Excusez-moi d'encombrer ainsi les colonnes du *Progrès ;* mais ayant eu l'honneur de collaborer avec vous et n'ayant pour toute fortune qu'un nom sans tache et une probité à l'abri de tout reproche, j'ai le droit d'y tenir et de les défendre contre les hypocrites calomnies d'anonymes intéressés.

Veuillez agréer, mon cher Directeur, l'assurance de mes sentiments respectueux et dévoués, Julien Noir.

VARIA

IIIe Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Ordre des réceptions.

La réception des membres du Congrès aura lieu le lundi 3 août, à l'Examination Hall, Victoria Embankment, de midi à six heures, pour la distribution des cartes de membres et des programmes divers. Le soir même, réception des membres étrangers par les membres anglais du Congrès à l'International Hall, Café Monico, Piccadilly-Circus, de neuf heures à minuit. — Le mardi 4, à onze heures du matin. Séance d'ouverture. — Le mercredi 5. Réception le soir chez le Lord Maire, Mansion House, de neuf à onze heures.— Le vendredi 7. Banquet offert aux membres étrangers à l'Hôtel Cecil. — Il est recommandé d'arriver à Londres de préférence le dimanche 2 août, le lundi 3 étant un jour de fête nationale.

Présentations de malades.

Un grand nombre de cas cliniques ont été réunis pour être présentés entre les séances de discussions. Voici l'ordre de ces présentations : Mercredi 5 août, à neuf heures. Cas de lichen plan, lichen acuminé, pityriasis rubra pilaire, lichen simplex chronique (de Vidal), etc. Prurigo. Kératose pilaire et diverses. Kératoses. Angiokératome. Ichtyose. — A deux heures. Tumeurs de la peau. Hydrocystome. Adénomes. Angiomes. Fibromes. Xanthome, Carcinome. Rodens ulcer. Kéroderma pigmentosum. Sarcome cutané. Mycosis fongoïde.

Jeudi 6 août, à neuf heures. Tuberculose cutanée (types divers). Erythème induré des scrofuleux. Acné. Lichen scrofulosorum. — A deux heures. Maladies parasitaires d'origine végétale observées en Angleterre.

Vendredi 7, à neuf heures. Purpura. Urticaire pigmentaire. Dermatite herpétiforme. Pemphigus. Pemphigus végétant. Hydroa estival et autres variétés. — A deux heures. Cas de syphilis.

Samedi 8 août, à neuf heures. Maladies de la peau en rapport avec des troubles du système nerveux. Syringomyélie. Sclérodermie, etc. Lèpre.

Nous rappelons en outre qu'il y aura une exposition permanente de moulages, photographies et dessins relatifs aux maladies de la peau, ainsi qu'un choix très grand et varié de préparations histologiques, et de cultures au moyen desquelles seront faites des démonstrations et des projections. Comme on le voit, les organisateurs du Congrès n'ont rien négligé pour qu'à côté de la partie théorique il y ait de véritables leçons de choses. Les personnes qui désireraient envoyer des préparations, des cultures ou des reproductions, sont priées de vouloir bien en informer le comité le plus tôt possible. Les docteurs en médecine français qui désirent prendre part au Congrès et ne se sont pas encore fait inscrire sont priés d'envoyer leur adhésion et leur souscription (25 francs), sans retard, à M. le Dr Feulard, qui se chargera de les transmettre au comité d'organisation.

Congrès de Médecine mentale et nerveuse.

(7e *Session. — Nancy* 1896.)

Les Compagnies de l'Est, Midi, Orléans, Nord et Paris-Lyon-Méditerranée accordent aux Membres du Congrès une réduction de 50 0/0 sur le tarif ordinaire. La durée de la validité de ces billets est du 28 juillet au 10 août pour la Compagnie du Midi du 28 juillet au 11 août inclus pour les autres Compagnies. Pour bénéficier de ces avantages, chaque adhérent au Congrès devra, avant le 11 juillet au plus tard, faire parvenir à M. le Pr Pitres, Président du Congrès. 119 Cours d'Alsace-Lorraine, à Bordeaux, une note indiquant exactement avec ses nom, prénoms, profession, adresse l'indication précise de son itinéraire sur *chacun* des réseaux intéressés, c'est-à-dire le nom de la gare où il doit emprunter ce réseau et celui de la gare où il doit le quitter. Par exemple, de Bordeaux-Bastide à Paris (Orléans), et de Paris (Est) à Nancy.

Les Membres du Congrès recevront en temps opportun les bons de remise individuels. Ils sont priés de se conformer très exactement à ces indications et de se hâter d'envoyer leur note de renseignements, la liste devant en être irrévocablement close le 11 juillet au soir.

Les Garçons de Laboratoire de la Faculté de Médecine de Paris.

Les garçons de laboratoire de la Faculté de Médecine viennent d'adresser au doyen une pétition demandant une augmentation de traitement. Ces modestes employés touchent uniformément 100 francs par mois; ils voudraient avoir 1,600 par an en débutant, 1,800 francs au bout de trois ans, et 2,000 francs après six ans de service. Ils font observer que leur métier, si peu rétribué, est en outre dangereux, qu'ils sont exposés aux piqûres anatomiques, aux intoxications microbiennes, etc... Sept d'entre eux sont morts l'an dernier, et ils ne sont que soixante-treize. Plusieurs professeurs ont apostillé cette pétition ; M. Brouardel l'a transmise au recteur, qui la fera parvenir au Ministre de l'instruction publique.

Des renseignements, que le *Temps* a recueillis à la Faculté de Médecine, il résulte que cette pétition est un peu la conséquence du sérum, qui a abouti au renvoi du garçon de laboratoire de M. Bouchard. Jusqu'ici, en considération de la modicité de leurs appointements, on fermait volontiers les yeux sur les moyens qu'employaient les garçons d'augmenter leurs ressources. Tous, ou peu s'en faut, usaient des connaissances techniques acquises au laboratoire pour se livrer à quelque industrie ; or, s'ils ont le droit de disposer de leurs loisirs en dehors des heures de présence à la Faculté, ils ne doivent évidemment ni travailler pour leur propre compte dans le laboratoire, ni surtout s'approprier les produits qu'ils y trouvent. On affirme que ces abus étaient fort répandus et qu'à leur faveur la plupart des garçons se faisaient de fort jolis revenus. Mais l'incident du sérum a décidé plusieurs professeurs à surveiller de près les agissements des garçons soumis à leurs ordres. Ceux-ci se voyant menacés d'être réduits à leurs appointements, ont crié famine ; et l'on convient qu'en effet ces places, jusqu'ici fort recherchées, deviendraient assez médiocres, s'il n'y avait plus pour ceux qui les occupent quelque moyen d'augmenter leurs revenus.

Mais voici que les garçons de laboratoire écrivent que ces renseignements ne sont pas exacts. « Il y a six mois, déclarent-ils, que cette pétition, après avoir reçu l'approbation de tous les professeurs de l'école, a été transmise à M. le doyen... » Ils se défendent en outre de s'être jamais approprié les produits qui se trouvent dans les laboratoires — ce dont, d'ailleurs, personne ne les avait accusés.

Le Dispensaire Hôpital de Clichy.

La Société Philantropique a inauguré, la semaine dernière, sous la présidence du prince d'Arenberg, le *Dispensaire-Hôpital chirurgical*, qu'elle a fait construire à Clichy, conformément à la volonté de M. Jules Gouin, riche industriel de cette localité, qui a consacré à cette fondation la somme de 1,200,000 fr.

Cet hôpital occupe un carré d'une très grande superficie, compris entre les rues des Bournaires, du Bois et d'Alsace. Sur le devant, se trouve une maison d'habitation divisée en petits appartements où les ménages d'ouvriers pourront, moyennant une faible redevance, se loger dans des conditions d'hygiène et de confortable exceptionnelles.

Dans le fond de la propriété, après avoir traversé un grand jardin, s'élève le dispensaire savamment aménagé pour secourir immédiatement et traiter les travailleurs blessés ou malades. M. le Dr Vuillemin dirigera ce dispensaire, dont les sœurs de Saint-Joseph de Cluny assureront le fonctionnement.

(1) M. le Pr P. Brouardel est, chose singulière, membre du comité de patronage de la Bibliothèque du Conducteur des travaux publics.

Les généreux donateurs, M. et Mme Gouin et un grand nombre de membres de la Société philantrophique, assistaient à la cérémonie d'inauguration de cette œuvre de bienfaisance, si appréciable dans un centre manufacturier tel que Clichy.

Le prince d'Arenberg a remercié M. Gouin de sa louable initiative ; il a ensuite insisté sur les services que cette institution était appelée à rendre aux humbles. Puis il a conduit les assistants dans les diverses salles du Dispensaire-hôpital chirurgical de Clichy, qui pourra fonctionner dans quelques jours.

La Loi sur les Universités.

Le projet de loi relatif à la constitution des Universités régionales a été voté cette semaine, définitivement par le Sénat. Les Universités, qui avaient une existence réelle, ont désormais une existence légale. On pouvait croire que cette loi votée à l'unanimité par la Chambre n'arrêterait pas longtemps le Sénat. C'est le contraire qui a eu lieu : la discussion qui s'est ouverte a pris tout de suite une grande ampleur, grâce à deux discours fort etendus et fort remarquables de nos confrères MM. les Drs Gadaud et Combes. Tous les principes de la constitution même des Universites régionales ont été tour à tour attaqués et défendus par les deux orateurs. L'un, M. Gadaud, a critiqué le projet; l'autre, M. Combes, l'a vigoureusement défendu. M. le Ministre de l'Instruction est enfin intervenu avec succès. L'affaire est donc terminée. Ce n'est pas trop tôt, vraiment !

La Skiagraphie aux rayons X.

Plusieurs de nos lecteurs nous ayant demandé quelques renseignements sur la façon d'utiliser en chirurgie les rayons X, nous publions ci-dessous les données qu'un de nos amis, très compétent, nous a adressées à ce sujet. — On remarquera qu'il utilise une méthode un peu particulière.

Les épreuves skiagraphiques aux rayons X peuvent être, d'après M. le Dr Mally, obtenues de la façon suivante. On se sert d'un tube de Crookes, par exemple celui fabriqué en France par M. Seguy, qui présente la disposition ci-après. La forme de l'ampoule est sphérique : à l'un des diamètres se trouve un tube de verre coudé de 0m,40 de long, destiné à supporter l'ampoule en l'isolant. A l'autre extrémité du même diamètre se trouve une électrode de platine; la deuxième électrode est inclinée sur la première à 30° environ, et détermine avec le précédent diamètre un plan vertical. M. Mally (de Paris), à qui nous devons ces renseignements, a illuminé l'ampoule au moyen d'une machine statique médicale ordinaire. Cette machine est du type Wimshurt; les plateaux ont 0m,80 de diamètre. En reliant les électrodes de l'ampoule aux deux pôles de la machine, et en faisant éclater l'étincelle en un point quelconque du circuit on obtient de belles franges vert clair qui s'étalent sur les parois du tube. La distance explosive étant de 0m,05, le phénomène est continu, les étincelles se succédant sans interruption. Il est avantageux de prendre pour électrode négative celle qui est horizontale sur la figure. De cette façon les franges vertes sont disposées sous la forme d'un petit cercle vertical qui embrasse la seconde électrode et qui présente une assez grande surface. C'est cet anneau coloré qui est considéré comme source d'émergence des radiations X.

En fait, une plaque photographique Lumière est ainsi facilement impressionnée en l'exposant pendant vingt minutes perpendiculairement au plan de l'anneau. On peut ainsi en exposer trois à la fois, une au-dessous et une de chaque côté. Ces plaques sont enveloppées de papier noir très épais, ou enfermées dans un chassis ordinaire. Les différents objets qu'on expose de vingt à trente minutes, viennent très bien avec ce procédé ; mais la main n'a donné aucune transparence après une heure de pose. De plus, il semble que le pouvoir émissif du tube s'affaiblit rapidement. En effet, les électrodes chauffent visiblement. A une haute température elles dégagent des traces de carbure qui font augmenter la pression de l'air dans le tube, et les franges vertes s'atténuent à mesure que le tube sert davantage. Ce dispositif très simple permet donc de mettre en évidence le phénomène de Rœntgen.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 15. — Examens ayant lieu à 9 heures. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique. Clin. d'accouche., rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire. — (2e *partie*). Necker. (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Marfan, Achard. — (2e *série*) : MM. Debove, Roger, Wurtz. — Examens ayant lieu à 1 heure. — (2e *partie*). Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Hayem, Joffroy, Widal. — (2e *série*) : MM. Grancher, Landouzy, Gaucher.

JEUDI 16. — Examens ayant lieu à 9 heures. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique. (Clin. Baudelocque) : MM. Pinard, Varnier, Broca. — (2e *partie*). Pitié. (1re *série*) : MM. Hayem, Gaucher, Widal. — (2e *série*) : MM. Straus, Landouzy, Wurtz. — 3e définitif (Officiat). Pitié : MM. Potain, Bonnaire, Walther.

VENDREDI 17. — Examens ayant lieu à 9 heures. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). Necker. (1re *série*) : MM. Proust, Hutinel, Marie. — (2e *série*) : MM. Cornil, Grancher, Gilbert. — (3e *série*) : MM. Devove, Ménétrier, Thoinot. — Examens ayant lieu à 1 heure : — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). Charité. (1re *série*) : MM. Potain, Hayem, Thoinot. — (2e *série*) : MM. Straus, Landouzy, Widal.

SAMEDI 18. — Examens ayant lieu à 9 heures. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). Pitié. (1re *série*) : MM. Hayem, Widal, Thoinot. — (2e *série*) : MM. Joffroy, Gaucher, Netter. — (3e *série*) : MM. Laboulbène, Chantemesse, Gilles de la Tourette. — Examens ayant lieu à 1 heure — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Cornil, Roger, Marfan. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Letulle, Ménetrier. — (3e *série*) : MM. Debove, Marie, Gilbert. — 3e définitif (Officiat). Hôtel-Dieu : MM. Bar, Albarran, Charrin.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 15. — M. Cougnenc. Du traitement des abcès du creux ischio-rectal. — M. Cagnard. Autoplastie par la méthode italienne modifiée, et greffe d'Ollier-Tiersh. — Mlle Samouliovitch. De la gamp-odactylie. — M. Pettidi. Contribution à l'étude de l'étiologie de l'occlusion intestinale chez le vieillard. — M. Ménard. Correction de certaines anomalies de la disposition des dents par l'extraction des quatre premières grosses molaires définitives ou dents de six ans. — M. Derome. Contribution à l'étude du passage de quelques ferments digestifs dans l'urine. — M. Sabatier. Contribution à l'étude de la valeur séméiologique du bacille de Lœffler dans le diagnostic et le traitement de l'angine diphtérique. (Diphtérie bactériologique.) — M. Lafon. Contribution à l'étude de l'hémiplégie puerpérale. — M. Guillemot Sur le mécanisme des paralysies radiculaires obstétricales du plexus brachial. — M. Chambrin. Sur un cas de tératologie. Malformation des extrémités thoraciques et abdominales d'origine congénitale. — M. Frostin. Contribution à l'étude de la varioloïde. — M. Le Sage. Contribution à l'étude de la pneumonie du sommet. — M. Meyer. Contribution à l'étude du scotome scintillant. — M. Millet. Du pied plat valgus douloureux, d'origine blennorhagique.

JEUDI 16. — M. Chevereau. Du faux rétrécissement mitral ou rétrécissement mitrale spasmodique. — M. Brengues. Etudes sur les formes graves de la maladie de Maurice Raynaud. — M. Mary. Du bleu de méthylene dans le traitement de l'urétrite et de la vaginité blennorhagique. — M. Sévin. Etude sur l'hygiène des prisons. Maison d'arrêt du Havre. — M. Pailloz. Localisation de la grippe. Influenza sur la vessie, l'urèthre, le testicule et ses annexes. — M. Cauchemez. Des mesures sanitaires au marché aux bestiaux et aux abattoires de la Villette. — M. Charpentier. Contribution à l'étude de la cirrhose saturnine. — M. Boyard. Contribution à l'étude des gommes syphilitiques de la conjonctive. — M. Villeneuve. Des conjonctivités à streptocoques. — M. Meslay. Etude anatomo-clinique de l'ostéomalacie. — M. Morin. Observations cliniques et anatomo-pathologiques sur le sarcome intra-musculaire. — M. Bouyer. De la tuberculose pulmonaire dans les kystes hydatiques. — M. Blazy. Contribution à l'étude de stumeurs malignes et primitives de la cloison nasale. — M. Blanc. Rapports de l'inflammation avec la gangrène diabétique. — M. Brusset. Contribution à l'étude du formol. — M. Camero. Contribution à l'étude du traitement de la cystite douloureuse chez la femme par le curettage vésical. — M. Schmid. Metrorrhagies et métrite hemorrhagique. Considérations cliniques, anatomiques et pathogéniques. — M. Piras. De l'hystéropexie abdominale dans ses rapports avec la puerpéralité. — M. Richard. Le traumatol ; ses emplois en chirurgie — M. Ostrowsky. Recherches expérimentales sur l'infection générale produite par le champignon du muguet — M. Dinan. Etude sur le Pombotanc (Calliandra Houstoni Bentham) comme succédané du quinquina. — M. Ferrand. Troubles vasculaires du labyrinthe. — M. Saint-Maurice. De la paralysie générale juvénile.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 28 juin au samedi 4 juillet 1896, les naissances ont été au nombre de 1.015, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 368 ; illégitimes, 134, Total, 504. — *Sexe féminin* : légitimes, 368; illégitimes, 144. Total, 512.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires Du dimanche 28 juin au samedi 4 juillet 1896, les décès ont été au nombre de 808, savoir: 434 hommes et 374 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 1, T. 3. — Typhus : M 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 0, F. 0, T. 0. — Scarlatine: M. 4, F. 4, T. 8. — Coqueluche: M. 2, F. 5, T. 7. — Diphtérie, Croup : M. 3, F. 6, T. 9 Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 119, F. 71, T. 190. — Méningite tuberculeuse : M. 17, F. 5, T. 22. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 15, T. 30. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 7, T. 7. — Tumeurs malignes : M. 11, F. 43, T. 54. — Méningite simple : M. 1, F. 6. T. 7. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 17, F. 11, T. 28, — Paralysie, M. 1, F. 6, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 7, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 26, F. 11, T. 37. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 3, T. 6. — Bronchite chronique: M. 6, F. 10, T. 16. — Broncho-pneumonie : M 11, F. 7, T. 18. — Pneumonie : M. 22, F. 16, T. 38. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 13, F. 7, T. 20. — Gastro-entérite, biberon : M. 28, F. 25, T. 53. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F 2, T. 5. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M 4, F. 3, T. 7. — Fièvres et péritonite puerpérales: M. 0, F. 10, T. 10. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 17, F. 12, T. 29. — Sénilité : M. 7, F. 19, T. 26. — Suicides: M. 15, F. 4, T. 19. — Autres morts violentes: M. 6, F 6, T. 12. — Autres causes de mort : M. 74, F. 44, T. 118. — Causes restées inconnues : M. 4, F 1, T. 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 87, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 29, illégitimes, 19 Total : 48. — *Sexe féminin* : légitimes, 23, illégitimes, 16 Total : 39.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — *Legs.* — L'Institut vient de recevoir une rente annuelle de 12,000 francs qui, dans cinq ans, sera portée à 15,000 francs. Elle est léguée en souvenir d'un ancien maire de Paris, M. Berger, et destinée à récompenser chaque année une œuvre, un travail, une étude concernant la Ville de Paris. Chacune des sections de l'Institut accordera ce prix à tour de rôle; l'Académie des Sciences l'accordera, pour la première fois, en 1899.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS. — *Legs.* — Par décret, est approuvée la transaction relative aux dispositions testamentaires de Mme Titus d'Ernesti, née Bader, aux termes de laquelle le légataire universel, M. Sully-Bertin, consent à verser à l'Académie de médecine de Paris une somme de 100,000 francs, nette de tous frais.

Comité secret. — Un journal politique a raconté que l'Académie de Médecine s'est constituée, mardi dernier, à la suite de la séance publique, en comité secret pour examiner en grand mystère le cas d'un membre correspondant français dont l'attitude professionnelle aurait été incorrecte. Présentée ainsi, cette nouvelle est inexacte. Le *Temps*, en effet, croit savoir que l'Académie s'est en effet occupée du cas d'un *médecin étranger*, correspondant de la compagnie, que quelques personnes accusaient d'abuser, dans des réclames imprimées et destinées à la publicité à l'étranger de son titre de correspondant. Après un examen impartial des faits, l'Académie n'a relevé aucune charge contre ce praticien et n'a eu à prendre aucune decision à son égard.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le Dr DESGREZ est nommé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, chef du laboratoire de pathologie et thérapeutique générales, en remplacement M. Roger, dont la démission est acceptée.

Création d'un laboratoire de bactériologie et de chirurgie à la clinique chirurgicale de la Charité. — Est nommé comme chef de laboratoire M. ROBIN, Pierre, pharmacien de 1re classe, ancien interne des hôpitaux, pour entrer en fontions au 1er novembre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. le Dr DURAND est nommé chef de clinique adjoint d'obstétrique près la Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. le Dr VENOT est nommé chef de clinique des maladies chirurgicales des enfants.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. le Dr ARNAUD est prorogé pour trois ans dans ses fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. le Dr POISSON est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. le Dr Boiffin, décédé.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE GRENOBLE. — Il est créé à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble une chaire de bactériologie théorique et pratique.

ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Concours pour le Répétitorat.* — Par décision ministérielle, en date du 24 juin 1896, un concours pour deux emplois de répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire s'ouvrira, le lundi 4 janvier 1897, à l'Ecole du Val-de-Grâce. Ces emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après indiquées : 1° médecine opératoire et accouchements ; 2° physiologie et histologie. Le concours aura lieu dans les formes et conditions prévues par les notes ministérielles du 26 décembre 1888 (*Bulletin officiel* du Ministère de la Guerre, partie réglementaire, page 1363) et du 28 février 1890 (même *Bulletin*, partie réglementaire, page 333). Les médecins-majors de 2e classe qui désireraient concourir pour ces emplois en feront la demande par la voie hiérarchique au Ministère de la Guerre (7e direction). Ces demandes devront parvenir au Ministère avant le 15 décembre prochain, terme de rigueur ; elles seront accompagnées de l'avis motivé de tous les chefs hiérarchiques des candidats, y compris celui du directeur du service de santé du corps auquel ils appartiennent. Dans le cas où des emplois de répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire deviendraient vacants par suite de l'admission à l'agrégation d'un ou de plusieurs titulaires, il serait également pourvu à leur remplacement le 4 janvier, dans les formes et conditions précitées. Une note ultérieure ferait connaître les parties de l'enseignement auxquelles se rapporteraient les emplois vacants et la date à laquelle devraient parvenir au Ministère les demandes pour prendre part à ce concours.

CONGRÈS D'ASSISTANCE DE GENÈVE. — Le Conseil municipal de Paris a voté, sur la proposition de M. Paul Strauss, un crédit pour l'envoi d'une délégation au Crongrès d'assistance de Genève qui se réunira du 14 au 19 septembre. MM. Bompard, Faillet, Paul Strauss, conseillers municipaux, et Peyron, directeur de l'Assistance publique, composent cette délégation.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE A LONDRES. — Le Conseil municipal de Paris a décidé d'accorder une subvention de 500 fr. à M. le Dr Feulard (de Paris), pour l'envoi de pièces d'enseignement au troisième Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie, qui se tiendra à Londres, comme on sait, du 4 au 8 août prochain.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale : au grade de médecin-major de 2e classe de réserve : M. Pucch (Eliacin-Louis-Jules), médecin-major de 2e classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée ; au grade ce médecin aide-major de 2e classe de l'armée territoriale : Les docteurs en médecine : MM. d'Ailhaut-Castelet (Théodore-Joseph-Edouard). Joly (Paul-Eugène). Perriou (François-Augustin) Forgues (Jean-Saturnin-Claude-Louis). Diousidou (Achille-François-Gaston-Emile). Curel (Félix-François). Woolongham (Jam s-Marie-Eugène). Rovery (Pie-Eugène-Erige). Farina (Paul-Charles-Maurice-Félix). Le Neele (Francisque-Sulpice-Lucien). Dupont (Jean-René-James). Prieur (Marie-Felix-Jules-Henri). Bagarry (François-Augustin). Cardon (Honoré-Frédéric. Fernand (Marie-Antoine). B ries (Victor-Michel). Evanno (Georges-Louis). Delaporte (Cyrille-Augustin). Marçais (Victor-Marie). Dallest (François). Bonnet (Pierre-Jean). Delcroix (Arthur).

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — *Les officiers du corps de santé à la mer et aux colonies.* — Un décret vient d'abroger les dispositions du décret du 24 juin 1886, en ce qui concerne l'attribution au plus ancien de grade des officiers du corps de santé de la marine qui en fait la demande, d'un emploi vacant soit à la mer, soit aux troupes en France ou aux colonies, etc. A l'avenir, dans chaque port et pour chaque grade, les médecins principaux, les médecins de 1re et de 2e classe, ainsi que les pharmaciens de tous grades, seront portés sur une liste d'embarquement: les cinq ports militaires pourvoiront à tour de rôle au remplacement des médecins et pharmaciens ayant terminé leur période de service réglementaire à la mer ou dans le service des troupes en France. Les médecins du service des troupes de la marine sont portes sur des listes spéciales de départ pour les colonies, tenues au ministère de la marine.

UNIVERSITÉS ETRANGÈRES. — *Faculté de Médecine d'Insbruck.* — M. le Dr Carl Ipsen, docent de médecine légale, est nommé professeur extraordinaire. — *Faculté de médecine de Naples.* Sont nommés privatdocenten : MM. les Drs P N. Gregoraci et Nicola Pane (*pathologie médicale*) : G. D'Urso (*chirur-*

gie) ; F. Piccinino (*neuropathologie*). — *Faculté de Médecine de Rome*. Sont nommés privatdocenten : MM. les Drs F. Padula (*médecine opératoire*) ; U. Rossi (*pathologie chirurgicale*) ; R. Marchesini (*histologie*). — *Académie militaire de Médecine de Saint-Pétersbourg*. M. le Dr N. Simanowski, professeur extraordinaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, est nommé professeur ordinaire. M. le Dr M. Janowski est nommé professeur extraordinaire de diagnostic et de thérapeutique, en remplacement de M. Téhoubnowski, décédé. (*Sem. méd.*).

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — MM. les Drs Budin et Gibert ont été nommés membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, le premier comme représentant les accoucheurs des hôpitaux, le second comme représentant les médecins du service des secours à domicile.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de Médecins des hôpitaux*. — La seconde épreuve du concours de médecins des hôpitaux est terminée. Sont déclarés admissibles : MM. Lesage, Courtois-Suffit, Boulloche, Tissier, de Gennes, Le Noir, Méry, Legris, Renault et Gallois ; MM. Besançon, G.-C. Lion, Souques, Thiroloix et Parmentier sont *ex-æquo* avec le dernier admissible.

Concours de l'Internat — L'ouverture du concours de l'internat pour 1897 aura lieu le 19 octobre prochain. — Se faire inscrire tous les jours, de 11 heures à 3 heures, du 7 septembre au 3 octobre inclusivement.

Concours de l'Externat. — L'ouverture du concours de l'externat pour 1897 aura lieu le 20 octobre prochain. — Se faire inscrire tous les jours, de 11 heures à 3 heures, du 1er au 30 septembre inclusivement.

Concours des prix de l'Internat. — L'ouverture du concours pour les prix de l'internat aura lieu le 14 décembre prochain pour la médecine, et le 17 du même mois pour la chirurgie. — Se faire inscrire du 1er au 15 octobre. Le mémoire devra être déposé avant le 15 octobre.

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — M. DUDON, arrivé à l'expiration de son temps de service, est nommé chirurgien honoraire des hôpitaux. M. POUSSON passe de l'hôpital des Enfants à l'hôpital Saint-André. — M. MONOD, chirurgien-adjoint, devient titulaire à l'hôpital des Enfants.

HOSPICE DE SAINT-POURÇAIN (Allier). — En 1890, mourait à Chatou la marquise de Bruelh, qui léguait à la ville de Saint-Pourçain (Allier), d'où elle était partie jadis simple couturière, une somme de 1,500,000 francs, destinée à créer un hospice de vieillards. Un décret vient d'autoriser la ville à accepter ce legs.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Il vient d'être ouvert au budget de l'Assistance publique de Paris, pour l'exercice 1896, un crédit de 30,000 fr. qui sera affecté à la construction, à l'hospice de la Salpêtrière, d'un pavillon pour l'hospitalisation des petites filles incurables.

MÉDECINS ÉTRANGERS ET CERTIFICATS. — M. Lefuel, rapporteur d'une commission spéciale, a lu, à la Société de Médecine légale, une étude ayant cette conclusion : Le médecin étranger muni d'un diplôme français a le droit de délivrer un certificat médical, cette forme de déclaration ne pouvant être assimilée au rapport médico-légal.

LE CHOLÉRA. — *Égypte*. — L'épidémie cholérique suit une progression croissante parmi les troupes stationnées à Ouady-Halfa sur la frontière sud-égyptienne, où vingt-sept soldats ont été atteints et neuf sont morts ; un seul Anglais (du régiment Staffordshire) a été frappé jusqu'à présent. C'est dans la province de Fayoum que l'épidémie sévit avec le plus de violence ; on y a constaté trois cent vingt-sept nouveaux cas et deux cent quatre-vingt-dix décès pendant la semaine écoulée. Vient ensuite la province de Gharbie avec cent quarante-sept nouveaux cas et cent douze décès. Dans le reste de l'Egypte, on a enregistré trois cent quarante-deux nouveaux cas et deux cent soixante et onze décès.

RÉCOMPENSES. — M. le Dr GARRAN DE BALZAN (de Paris) a été nommé *chevalier du Mérite agricole*. — Le Ministre de l'Intérieur a décerné une *médaille de vermeil* à M. le Dr Bizien (de Douarnenez) et une *médaille de bronze* à M. Bovier-Lapierre (externe des hôpitaux de Lyon), en témoignage de leur dévouement au cours de diverses épidémies. — M. le Dr LE BART (de Caen) vient de recevoir une *médaille d'argent* pour le dévouement qu'il a déployé en combattant un violent incendie à Saint-Aubin-sur-Mer, le 15 août 1895. — La Société française de Sauvetage a décerné un diplôme d'honneur à Mlle Philomène Le Luyer, infirmière à l'hôpital Trousseau et à M. Gabriel Dubois, infirmier à Aubervilliers. Une médaille d'argent a été accordée à M. le Dr Garrigou-Désarènes.

LES INTERNES DE BICÊTRE ET LES DÉBOIRES DE L'ÉLEVAGE. — *Le Temps* raconte l'anecdote suivante. Plus privilégiés que beaucoup de leurs collègues de Paris, les internes de Bicêtre ont à leur disposition personnelle un jardin et différents locaux, notamment une serre et une buanderie. Aussi se livrent-ils en propriétaires qu'ils sont, aux douceurs de l'horticulture et aux joies de l'élevage. C'est ainsi qu'ils avaient élevé un cochon, et qu'après une jeunesse paresseuse entourée de soins jaloux, l'animal, gras et dodu, se trouvait à point ces jours derniers. Or, ce cochon vient de leur être volé. Par qui ? On l'ignore, de même qu'on ignore le sort qui a été réservé à l'animal. Cependant, les internes de Bicêtre ne sont pas éloignés de croire que les auteurs du larcin doivent être des amis. Ce qui les confirme dans cette opinion, c'est la suite donnée à l'aventure. Un soir, ils voyaient arriver à Bicêtre une cinquantaine d'internes appartenant à différents hôpitaux de Paris qui, répondant à une invitation reçue la veille, venaient déguster le cochon mis à mort à leur intention. Convaincus qu'ils ont été victimes d'une farce, les internes de Bicêtres n'ont pas voulu porter plainte.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr LEROUX (Philippe-Agathas), de Corbeny (Marne), décédé à l'âge de 80 ans. C'était, d'après l'*Union Médicat du Nord-Est*, en même temps qu'un excellent praticien, un archéologue distingué et son cabinet était un véritable musée (*Fr. Méd.*). — M. le Dr FINKELLBURG, décédé à Godsberg, professeur à l'Université de Bonn, fondateur du *Centralblatt für Algemeine Gesundheitspflege* ; c'était un véritable savant à qui l'on doit de nombreux travaux spéciaux. — M. le Dr COCHARD (de Nantes), chirurgien des hôpitaux de cette ville.

Chronique des Hôpitaux.

LA MATERNITÉ (119, boulevard de Port-Royal, faubourg Saint-Jacques). — M. le Dr Pierre BUDIN, accoucheur en chef. Enseignement clinique, le jeudi à 9 h. 1/2.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. CHAPUT : Consultations pour les *affections chirurgicales de l'abdomen*. Maladies du tube digestif. Maladies des femmes, tous les lundis, à 10 heures. — *Asile-Ecole des enfants idiots, arriérés et nerveux*. M. BOURNEVILLE reçoit les médecins le *samedi*, à 9 h. 1/2.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Auguste VOISIN. Leçons cliniques tous les jeudis, à 10 heures (section Rambuteau), leçon sur les maladies mentales et nerveuses.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement, soit DOUZE FRANCS. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 juillet**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCCr), RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IV. N° 29. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 18 JUILLET 1896.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

ASILE CLINIQUE (SAINTE-ANNE). — **M. MAGNAN.**

Leçons recueillies par M. le Dr **PÉCHARMAN**, médecin-adjoint des Asiles de la circonscription de Paris.

XIIe LEÇON : **Délire alcoolique et délires systématisés dans l'alcoolisme** (1).

SOMMAIRE I. — Délire alcoolique Hallucinations multiples, mobiles, pénibles, professionnelles et reproduisant les préoccupations habituelles du sujet. Emotivité secondaire le plus souvent pantophobique rendant compte des diverses formes du délire alcoolique, mélancolique, maniaque, stupide. Mode de développement et de disparition des troubles sensoriels. Eveil possible des hallucinations qui viennent de disparaître, par une simple excitation périphérique.

II. Association du délire alcoolique aux autres types d'aliénation : névroses, démences organiques, psychoses simples élémentaires. Combinaison avec les états dégénératifs. Facteur nouveau modifiant les résultats : état mental particulier du malade préexistant aux abus de boissons. Délire alcoolique chez les dégénérés. Prédominance des phénomènes intellectuels ; développement parallèle possible d'un délire polymorphe. Délire systématisé prolongé consécutif à l'accès de delire alcoolique, avec une prédominance marquée des idées de persécution.

Dans la grande classe des aliénations accidentelles, — des aliénations qui se rattachent à une cause immédiate, bien limitée, incontestable, — les *folies toxiques* groupent une deuxième catégorie de faits, pathogéniquement et cliniquement uniformes. Le *délire alcoolique* en est le type le mieux défini, tant par la constance de l'infaillibilité de ses relations étiologiques, que par la spécificité de ses symptômes. Fait d'images multiples et mobiles, dont le caractère terrifiant ou agressif provoque secondairement une émotivité pantophobique, il est, au premier chef, une psychose purement hallucinatoire et pathognomonique de la cause même qui l'a engendrée. Mais si cette folie alcoolique est bien distincte des autres formes, de la folie, elle peut cependant les compliquer, les masquer, hâter leur éclosion, accélérer leur marche ; elle peut enfin être le point de départ de conceptions délirantes qui tendent à la systématisation et à la chronicité. Ce sont ces combinaisons et ces suites du délire alcoolique que je voudrais étudier aujourd'hui, mais avant d'examiner les cas particuliers, voyons d'abord ce qu'est en lui-même le délire alcoolique. Nous laisserons de côté les signes physiques de l'intoxication et le *delirium tremens* fébrile, pour nous en tenir à la description rapide des troubles sensoriels et intellectuels (2).

I. L'homme qui s'alcoolise change peu à peu de caractère ; il se montre inquiet, irritable ; il perd le sommeil ; il devient le jouet de cauchemars et d'illusions ; et, lorsque, après des excès répétés, il dépasse la limite de saturation, ou qu'il est soumis à quelque cause d'excitation, il entre de plein pied dans la folie. Un monde nouveau lui apparait, où des formes bizarres naissent, grandissent, circulent, dans un pêle-mêle désordonné, où la vie s'agite en une confusion monstrueuse qui le terrifie. Tout ce qui l'entoure se transforme et se meut. Au plafond, au milieu d'une trame de fils qui se rétrécissent et s'allongent, des boules noires se dessinent, renflent, prennent la forme de rats, de chats, de chiens qui, passant à travers les mailles, tombent sur le parquet, bondissent et disparaissent. Le lit se peuple d'un grouillement de bêtes immondes ; le mur se couvre d'un fourmillement d'insectes, d'animaux, de fantômes qui courent, montent, descendent pour remonter encore. Terrifié, le malheureux recule et tout s'approche ; il veut fuir et tout le suit. Il cherche une issue ; il jette vers la fenêtre un regard désespéré et, sur les toits des maisons voisines, il aperçoit des hommes armés qui le couchent en joue. Il se baisse ; il se blottit dans un coin pour échapper à la mort qui le guette ; et voilà que des gendarmes vont le saisir, et, qu'au dessus d'un effrayant défilé d'assassins et de juges, passe tout-à-coup l'éclair sanglant du couperet de la guillotine. Ces hallucinations de la vue forment l'élément le plus singulier du délire alcoolique ; mais tous les autres sens apportent à la psychose leur contingent d'images pénibles. Des menaces, des injures, des plaintes, des appels, des cris furieux se croisent de tout côté autour du malade ; la crépitation de la fusillade, le cliquetis des épées, le glapissement des pompes à incendie, le glas funèbre des cloches, tout un tintamare éclatant, confus, discordant le poursuit. Et, au milieu de cette atmosphère fantastique, des odeurs fétides l'enveloppent et le suffoquent, d'horribles saveurs empestent ses aliments et ses boissons. Et ce n'est point tout encore ; car il lui semble que des nuées de mouches pénètrent dans sa bouche, dans ses narines, dans ses yeux ; que des bêtes visqueuses et froides rampent lentement sur sa peau ; que des myriades de vers souillent son corps et le font tomber en lambeaux.

Quelques malades, cependant, ont parfois des hallucinations agréables : ils entendent des voix mélodieuses, voient des fleurs aux couleurs brillantes, des groupes gracieux de jeunes femmes qui dansent, ondulent, s'entrelacent... mais, ici encore, le plus souvent le tableau ne tarde pas à s'assombrir ; les serpents, les lions, les assassins remplacent les fleurs et les danseuses. On conçoit que l'apparition de ces images terrifiantes dans le champ de la conscience, provoque bientôt une réaction psycho-motrice, une association d'idées et de mouvements protecteurs, opposés à ces perceptions illusoires, à moins que, désorganisés complètement par la force et le nombre des hallucinations, les états conscients actuels ne puissent parvenir à se grouper. Ainsi s'expliquent les diverses formes de la folie alcoolique, maniaque, mélancolique, stupide, qui ne sont que des attitudes émotionnelles, puisant, toutes, leur origine dans la même cause, mais variant suivant les degrés d'intensité de cette cause. Et l'on comprend aussi qu'en vertu de la grande mobilité des hallucinations provocatrices, ces attitudes se modifient rapidement chez un

(1) Voir *Progrès médical*, nos 38, 39, 44, (1894), 5, 6, 7, 16, 31, (1895), 1 et 16 (1896).

(2) Voir Magnan. *De l'alcoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement.* Paris, 1874, p. 109 et suivantes.

même sujet. L'étrangeté terrifiante des hallucinations, et surtout leur mobilité sont les caractères véritablement intrinsèques de la folie alcoolique, — ceux qui se rattachent directement à la cause elle-même, à l'alcool. On les retrouve partout, chez tous les sujets, quels que soient leur âge, leur intelligence, leur éducation. Cependant, la personnalité mentale de l'alcoolisé ne demeure point passive, et c'est son entrée en scène qui fournit un troisième caractère des hallucinations alcooliques. Une irritation anormale des centres sensoriels objective en effet de préférence les images les plus fortes, celles qui ont été le plus communément perçues et associées. Et les hallucinations éthyliques ont ainsi pour objet ordinaire les occupations habituelles du malade, ou les préoccupations dominantes du moment. C'est pour cela qu'en plein délire alcoolique le charretier excite ses chevaux, le marchand de vins boit avec des clients, le menuisier assemble et cloue des planches ; qu'après chacun des crimes retentissants dont les circonstances sont minutieusement décrites par les journaux et les détails complaisamment reproduits par la gravure, on voit arriver à l'asile de malheureux alcoolisés qui s'en déclarent les auteurs ou les complices, qu'en tout temps les guerres, les événements politiques, toutes les convulsions sociales ont fourni la plus ample matière à cette forme de folie. C'est pour cela aussi que les sujets imbus d'idées religieuses font parfois passer dans leurs hallucinations les images qui les hantent ordinairement. Je vous citerai, à ce sujet, l'histoire particulièrement suggestive de deux dévotes devenues alcooliques. La première entrait à l'asile à 35 ans, avec du tremblement des mains, des troubles gastriques, et le délire spécial. Or, à côté de la zoopsie banale, on notait des hallucinations de la vue dont la nature mystique s'expliquait bien par une éducation et des habitudes religieuses. La malade voyait des diables blancs et rouges danser et grimacer autour d'elle au milieu des flammes ; Dieu le père monter et descendre sur le mur sous la forme d'un vieillard d'environ 70 ans, à la grande barbe blanche, et nimbé d'un triangle d'or ; la vierge s'élancer tout à coup du sol, agiter des ailes blanches et disparaître par la cage de l'escalier, et la malade essayait de se précipiter sur ses traces pour monter au ciel. La deuxième, jeune femme de 27 ans qui allaitait un enfant de 10 mois, buvait depuis quelque temps, tous les matins, un petit verre de rhum « pour se rendre plus alerte », sans compter d'ailleurs le vin pur et le cognac qu'elle absorbait pendant la journée. Ce déplorable régime ne tarda pas à faire éclater un accès de délire alcoolique. Dès le soir, la malade voyait courir sur le mur des chats, des rats, des animaux de toutes sortes, entrer par la fenêtre des individus menaçants qui s'avançaient vers elle : apeurée, elle se blotissait sous ses draps. Peu à peu les troubles s'étendirent, des hallucinations nouvelles vinrent se mélanger aux précédentes. Un éventail se dessinait lentement dans l'espace, et sur lui apparaissaient de saints personnages, Jésus enfant, des anges et des mages. Lorsqu'elle les regardait fixement, tous ces personnages s'animaient, marchaient, mimaient la scène de l'adoration ; dès qu'elle cessait de fixer sur eux son attention, ils rentraient dans l'immobilité. Une nuit même, comme elle n'en détachait point son regard, tout se brouilla ; l'éventail sembla prendre feu, et, se dispersant en une multitude de paillettes d'or, comme un jet de poudre, disparut. Une autre nuit, une tête de diable, noire avec des yeux rouges, de longues cornes, se dressa brusquement sur la cheminée ; la malade épouvantée jeta un cri strident, on accourut, mais déjà le diable avait cédé la place à d'autres visions. Au bout de quelques semaines de traitement, ces deux malades guérirent complètement de leur accès. La foule mouvante des hallucinations alcooliques ne surgit pas d'emblée. On observe une gradation successive dans son développement. On passe du simple trouble fonctionnel à l'illusion, de celle-ci à l'hallucination confuse d'abord unique, puis multiple et devenant peu à peu hallucination nette, précise, distincte, s'imposant en un mot comme une sensation. L'hallucination alors appelle l'hallucination, et de tous les centres sensoriels irrités sort comme une avalanche d'images qui envahit le champ de la conscience et l'assombrit. Cette progression s'observait bien chez un alcoolique de 30 ans, reporter de journal. Des abus éthyliques prolongés avaient déjà produit en lui de sérieux désordres (tremblements des mains, crampes des mollets, pituites vertes le matin, troubles cardio-vasculaires, crises convulsives après abus d'absinthe). De nouveaux excès, des fatigues, un ébranlement moral déterminèrent facilement l'explosion du délire. Notre malade était depuis longtemps sujet à des cauchemars, mais n'avait jamais eu d'hallucinations lorsque, le mercredi 26 janvier, au moment de s'endormir, il voit sortir des petits oiseaux de la bordure du papier, dans l'angle de la corniche de sa chambre ; cette nuit-là le sommeil est pénible, entrecoupé de rêves effrayants. Pendant la journée du jeudi, le malade est assez calme, mais le soir venu, il voit à plusieurs reprises gambader devant lui des singes grimaçants. Le vendredi matin, il retrouve un peu de repos ; le soir il s'excite de nouveau, s'inquiète, dénonce les animaux fantastiques qui l'environnent. La journée de samedi se passe sans incidents, bien qu'il soit manifestement halluciné. Pendant la nuit suivante, l'insomnie est complète ; les hallucinations augmentent ; des animaux féroces, des lions, des panthères défilent en le regardant, des bêtes étranges, des sphinx, de doubles aigles russes viennent devant lui tirer la langue (*sic*). Dans la journée du dimanche, toujours effrayé, toujours poursuivi par des visions terrifiantes, il s'entend menacer de mort, il croit que sa famille veut l'empoisonner, il se dissimule sous les couvertures de son lit. Peu à peu les scènes se rapprochent, les incidents se multiplient, et, quelques jours après, tout entier à son délire, le malheureux a perdu la conscience de ce qui l'entoure. Sa personnalité égarée va, vient, s'agite au milieu de mille actions, dans un décor sans cesse renouvelé, franchissant le temps et l'espace au gré des images qui la mènent. Tous les sens donnent à la fois. C'est une cohue d'hommes et de bêtes, un brouhaha étourdissant de bruits et de cris, une succession folle de scènes terribles. Dans le fracas des murs qui s'écroulent, du canon qui gronde, des caissons qui roulent à la lueur de l'incendie qui s'allume, sous des tourbillons de fumée et de poudre, des hommes se ruent en hurlant, des escadrons passent sabre au clair, des balles sifflent, des obus éclatent. Il veut fuir, il glisse dans le sang et tombe... Alors une accalmie, et, dans une avenue morne, sous un ciel gris, les troupes royales qui défilent silencieusement l'arme au bras... Tout à coup de nouveau du bruit, des cris de douleur et de rage, des fers qu'on agite, du feu qu'on allume, des gens effrayés qu'on pousse, qu'on lie sur un escabeau, des forçats... Et à son tour on le saisit, on le maintient, et sur son épaule nue, violemment, on applique le fer rouge... il se raidit contre la douleur atroce, tandis que sa chair pétille et fume avec une odeur acre... Puis tout

s'obscurcit, il est dans une fosse, attaché sur une planche, entouré de serpents qui glissent en sifflant, de chiens qui aboient, de chats qui miaulent, d'un énorme lion qui rugit, d'un ours colossal qui se balance debout et grogne en le regardant. Les chiens s'approchent de lui et lui lèchent les mains ; une jeune lionne vient le caresser, car il les « magnétise » de son regard et tous ont peur de lui. Mais voici qu'un bourreau prépare le fer et le feu qui doit les exciter. Et c'est alors une mêlée de bêtes furieuses, de chiens, de lions, de serpents, d'aigles russes qui se déchirent, se dévorent, « se croquent sous son nez, comme on croque un biscuit » (*sic*). Chacun de ces drames se développe avec une telle netteté de contours, une telle précision du détail, qu'au moment où le délire s'apaise, le malade en garde encore une impression forte et, tout en reconnaissant leur caractère morbide, peut les dépeindre avec de vives couleurs. Le délire disparaît d'ailleurs comme il est venu ; d'abord, hallucinations jour et nuit, puis seulement la nuit; plus tard hallucinations confuses et illusions au moment du passage de la veille au sommeil, puis pendant le sommeil avec réveil inquiet, puis enfin cauchemars, rêves et retour à la santé. Les troubles sensoriels s'amendent donc peu à peu dans l'ordre même qu'ils ont suivi pour arriver à leur *acmé*. A mesure, en effet, que s'épuise l'excitation corticale, l'hallucination se déforme et perd du terrain; confuse d'abord et vague en ses contours, elle décroît et s'efface, jusqu'à devenir illusion, puis simple trouble fonctionnel. Mais au moment même où elle s'éteint, on peut l'éveiller encore par une simple excitation périphérique.

Quel que soit le sens excité : vue, ouïe, odorat, goût et même sensibilité générale, la moindre stimulation suffit quelquefois à chasser des centres corticaux les images qui en sortaient il y a peu, dans l'accès de délire. C'est ainsi que des chocs sur la peau peuvent provoquer la sensation d'une morsure, de la reptation d'une couleuvre, de la piqûre d'un insecte, etc., et appeler même des hallucinations très nettes des autres sens (vue, ouïe, odorat, etc.); l'animal qui mord, le reptile qui glisse peuvent alors apparaître aux yeux du patient, crier, siffler, et répandre de fétides odeurs. En soufflant dans le conduit auditif externe nous avons vu souvent s'éveiller des hallucinations auditives. En pressant sur les globes oculaires, comme l'a fait récemment M. Liepmann, on fait naître des hallucinations visuelles : chez plusieurs de nos malades nous avons vu, de plus, des hallucinations des autres sens suivre spontanément les hallucinations visuelles ainsi provoquées. C'est ainsi que chez un cultivateur, la pression oculaire faisait apparaître des corbeaux qui tantôt le regardaient fixement, tantôt sautillaient autour de lui, tantôt enfin, s'envolaient en coassant; un jardinier, soumis au même mode d'excitation voyait aussitôt une poule suivie de sa couvée de petits poussins sautillant, piaulant et picorant.

Ces phénomènes présentaient le plus complet développement chez une délirante alcoolique de 49 ans, qui arrivait récemment de Sainte-Anne avec cette conviction qu'elle avait assisté à l'expédition de Madagascar, à la prise de Tananarive, etc. « Ça devient si confus dans ma tête, disait-elle, cependant, quelques jours après son entrée, que je ne sais vraiment si j'ai perdu la mémoire ! » Mais l'occlusion des paupières et la pression du globe oculaire suffirent à faire naître toute une riche floraison de représentations visuelles et, comme les hallucinations des divers sens s'éveillent les unes les autres, des images auditives, olfactives sensitives se montrèrent en même temps.

C'étaient d'abord le bleu cru du ciel sous un soleil dont elle déclarait sentir toute l'ardente radiation, les murs blancs d'une ville africaine, de Majunga, puis la mer, la flotte aux coques d'acier, les chaloupes glissant vers la terre, emportant soldats et matelots, tandis que s'élevaient les voix des officiers donnant des ordres. Puis sur la terre nue et rousse, des noirs aux pagnes bariolés qui couraient emportant les colis, et tout à coup, la mer, la côte, la ville se fondaient dans la brume. Mais une pression nouvelle amenait une rentrée soudaine en plein soleil, avec de hautes herbes, la brousse, toute une végétation éclatant en tons verts. Et c'étaient encore des soldats, des marins, des chevaux, des voitures, un amas houleux d'hommes et de choses d'où montait, avec d'âcres odeurs, la buée épaisse et lourde qui sort des foules. Et brusquement des noirs s'élançaient armés de « fusils qui ne sont pas comme les nôtres » (sic), de sabres, de lances. Et dans le tumulte des cris et des coups de feu, la mêlée se produisait, tourbillonnement de kaleidoscope où passaient toutes les couleurs. Ces tableaux si animés et si brillants devinrent peu à peu diffus et ternes.

Au bout de quelques jours la pression des globes oculaires n'éveillait plus qu'un mouvement uniforme et vaguement lumineux, tandis que d'autre part s'évanouissaient définitivement quelques conceptions délirantes de persécution et de grandeur que notre malade avait puisées dans son propre fonds, dans une déséquilibration mentale antécédente. Fait important à noter pour comprendre la genèse de ce délire toxique : la puissance d'évocation visuelle est telle en tout temps chez cette malade, que toute scène dont elle lit la description, à quelque époque qu'elle appartienne, temps les plus reculés ou faits divers d'aujourd'hui, s'imprime avec une force extrême dans son esprit. Elle se la représente ensuite « comme si elle y assistait et s'imagine en avoir été témoin ». C'est ainsi qu'elle avait suivi, avec attention, dans les journaux, le récit de l'expédition de Madagascar.

II. Tel est le délire alcoolique en lui-même, dégagé des éléments étrangers qui peuvent modifier ses symptômes. Ce sont ces éléments, c'est-à-dire les troubles mentaux d'une origine différente que je voudrais maintenant examiner dans leurs combinaisons avec la folie alcoolique. On comprend bien qu'en vertu des aptitudes morbides des aliénés ces associations soient fréquentes. Mais l'intoxication ne va pas toujours jusqu'à greffer son délire spécial sur le trouble cérébral préexistant; elle ne fait parfois que donner un coup de fouet à l'affection première, et rendre plus apparents ses symptômes, sans y rien ajouter qui lui soit propre. Au point de vue clinique, c'est le premier cas, sans conteste, association du délire alcoolique et d'un autre type d'aliénation, qui nous fournit les enseignements les plus explicites ; c'est lui que nous aurons plus particulièrement en vue. Vous savez déjà comment le délire alcoolique s'associe aux névroses, comment, par exemple, chez un épileptique alcoolisé, on peut voir éclater deux espèces très différentes de délire: l'un qui suit l'attaque et dont le malade ne conserve aucun souvenir; l'autre, éloigné des crises, et dont le malade se rappelle toutes les phases. L'alcool a d'ailleurs sur la marche de la névrose une influence profonde. Si, en effet, on trouve exceptionnellement des malades chez lesquels les abus de boissons n'augmentent par la fréquence des crises.

le plus grand nombre, au contraire, tombent davantage quand ils ont bu. Et l'on peut ajouter que bien des épileptiques doivent aux excès éthyliques les manifestations premières d'une maladie qui aurait pu longtemps encore rester latente. L'épileptique alcoolisé est d'ailleurs un des malades les plus dangereux : il ajoute aux impulsions parfois si terrible qu'il tient de la maladie, celles qu'il tient de l'intoxication. Les démences organiques reçoivent aussi, des excès alcooliques, un contre-coup modificateur. L'alcool stimule au plus haut point cette activité maladive déjà si prompte à se manifester chez les affaiblis de l'esprit; parfois il fait naitre, avec l'excitation, des illusions et quelques hallucinations; parfois enfin, il provoque un accès de délire alcoolique qui masque un moment les symptômes de l'affection organique sous-jacente et peut, après la disparition des accidents aigus, laisser une trace persistante d'hallucinations et d'idées de persécution. L'intoxication alcoolique peut modifier de même les psychoses simples élémentaires: manie, mélancolie, folie intermittente, délire chronique. Tantôt elle ne fait qu'exacerber leurs symptômes ; tantôt elle les déforme passagèrement et les aggrave en leur associant ses hallucinations spécifiques. C'est ainsi que le délirant chronique change d'attitude dès qu'il est soumis à l'action des boissons spiritueuses; devenu alors plus inquiet, souvent tributaire d'un régime hallucinatoire plus étendu, il s'excite et tend à passer aux réactions dangereuses.

L'alcoolisme se combine enfin avec la dégénérescence mentale. Apparue chez un dégénéré, déjà en puissance d'un délire, la psychose alcoolique s'associe à la psychose dégénérative, comme elle s'est associée au délire chronique; elle augmente le nombre et l'intensité des troubles psycho-sensoriels; elle crée même de toutes pièces, des hallucinations, au milieu d'un délire qui n'en comporte pas habituellement, et dont elle altère ainsi l'aspect clinique persécutés, persécuteurs, délires intellectuels analogues à l'idée obsédante). Mais cette question des rapports de l'alcoolisme et de la dégénérescence ne se réduit pas à la simple juxtapo ition de deux états délirants. Il y a, en effet, ici un facteur nouveau qui doit modifier les résultats : l'état mental particulier préexistant aux abus du toxique. Et, sans parler de la poussée que des excès alcooliques non suivis de délire donnent à la déséquilibration, poussée sous laquelle les délires dégénératifs peuvent apparaître prématurément, il est certain que le délire alcoolique présente, chez le dégénéré, une physionomie spéciale. Alors, en effet, que chez les normaux, nous constatons une corrélation parfaite entre les phénomènes intellectuels et les phénomènes moteurs de l'intoxication, une apparition et un accroissement parallèles de ces deux ordres de symptomes et, dans l'ordre intellectuel même une limitation des troubles à perceptions illusoires tumultueuses, mais éminemment passagères et laissant la conscience libre dès que l'effet du toxique est épuisé, nous voyons, au contraire, chez les dégénérés alcoolisés que tout ce qui appartient à l'ordre physique passe au second plan, que tout ce qui relève de l'ordre intellectuel saille vivement, que les troubles de la motilité sont à peine apparents en face d'un délire psychosensoriel des plus accusés, parfois suivi de conceptions maladives de toute nature. Cette susceptibilité cérébrale extrême, en vertu de laquelle hallucination et délire surgissent rapidement, avant même que le toxique ait pu nettement éveiller les troubles somatiques, protège, en réalité, le sujet contre des abus considérables et le met longtemps à l'abri de l'alcoolisme chronique. Interné, le dégénéré séjourne longuement à l'asile où le font maintenir la qualité et la tenacité de ses idées délirantes et où chaque fois il se débarrasse plus complètement du toxique. Ainsi s'explique ce qu'on pourrait appeler l'immunité alcoolique des dégénérés grâce à laquelle on les voit entrer 10, 15, 20 fois dans les asiles, sans cependant marcher vers l'alcoolisme chronique ou la démence.

Le malade suivant est entré, en 6 ans, 6 fois à Sainte-Anne. C'est un dégénéré, perverti-sexuel, qui présente de constantes tendances au délire; sous l'influence d'un excès alcoolique ces tendances s'accusent, grandissent jusqu'au délire ambitieux le plus typique, tandis que d'autre part s'établit le délire toxique. A l asile, le délire toxique disparaît d'abord, puis les conceptions ambitieuses s'atténuent, et l'état mental habituel, état subdélirant, se dégage.

Observation XXV.

Dégénérescence mentale avec perversions sexuelles. Entrées multiples à l'asile pour délire alcoolique accompagné de délire polymorphe.

J... (Joseph), marchand de glaces, est entré pour la sixième fois à Sainte-Anne, le 9 février 1894, à l'âge de 40 ans. Un père alcoolique est faible d'esprit, une mère émotive, irritable, d'une susceptibilité irraisonnée et impulsive : tels sont ses éléments générateurs. Tous les actes de sa vie ont d'ailleurs trahi un fond d'indigence intellectuelle, qu'il doit sans doute à la fois à son hérédité et à une fièvre typhoïde contractée à 18 ans, et au cours de laquelle éclata un délire violent. Un altruisme exagéré, une philanthropie ridicule s'appliquant aux plus futiles objets, une indécision perpétuelle le faisant fluctuer d'idée en idée, d'action en action, de métier en métier, il n'a pas occupé moins de vingt-cinq places avant son service militaire, un manque de jugement et de logique, une incohérente bizarrerie d'associations d'idées ont révélé de tout temps la déséquilibration profonde de son esprit; mais c'est dans la sphère de la fonction sexuelle que s'est plus particulièrement manifestée cette déséquilibration.

J..., en effet, dès son plus jeune âge, a été l'esclave d'appétits génitaux aussi impérieux que dévoyés. A 6 ans, avec quelques enfants de son âge, il s'amusait à poursuivre des canards; puis, lorsqu'il avait atteint une cane, il la mettait sur ses genoux et frottait ses parties génitales contre le cloaque de l'animal. A 8 ans, il « se frotte » de même à une chèvre et à une truie. A 12 ans à une vache. A 17 ans enfin, il voit, dans le lit un de ses camarades avec sa maîtresse, il cherche à avoir des relations avec cette femme ; celle-ci refuse et se lève, bientôt suivie de son amant qui l'accompagne dans une ferme voisine. Ne pouvant résister plus longtemps à l'excitation génésique, J... descend dans l'écurie où il assouvit sur une jument et deux pouliches ses appétits bestiaux. « Depuis cette époque, dit il, pouvant avoir des relations sexuelles presque quotidiennes avec des femmes, je n'ai plus fait ces bêtises, sauf quelquefois, en m'amusant. J... cherche à toucher des petites filles dans les champs ou dans les greniers, à leur passer la main sous les jupes. » Il assure cependant n'avoir dans ses rapports ni exigences ni habitudes anormales et n'avoir jamais été tenté par les relations entre hommes, qui le dégoûtent ; mais il demande des rapports quotidens à la compagne avec laquelle il vit en concubinage depuis quatorze ans, et qui a dix ans de plus que lui. « Une fois, nous raconte-t-il, elle était malade et depuis deux jours refusait, malgré mes instances, tout acte sexuel; j'ai dû descendre dans la rue et entrer dans une maison publique pour me satisfaire. » Sa femme connaît ses exigences et lui dit elle-même : « Je serais morte que tu voudrais encore avoir des relations avec moi. »

En avril 1892, se sentant indisposée, elle résiste à ses désirs. Or, il avait dans la matinée, fait quelques excès de boissons; il sort de chez lui, et, dans la rue, trouve une jeune fille qui se promène, la prend par le bras, la conduit chez un épicier où il l'embrasse et veut la violenter. Comme elle résiste,

il la laisse là et rentre chez lui ; en passant devant la loge de la concierge, il prie celle-ci de venir avec lui porter aide à sa femme qui est malade ; la concierge monte ; à peine est-elle dans la chambre, que devant sa femme, il la saisit par dessous les jupes, la jette sur le lit et essaye d'abuser d'elle. On comprend sans peine combien dans l'asile il souffre de ses désirs sexuels, qu'il ne peut assouvir. Il se masturbe fréquemment et ne cherche pas à nous cacher son onanisme. Il raconte s'être livré six fois à l'onanisme buccal sur d'autres hommes. Enfin, récemment, il nous a avoué avoir léché les parties génitales d'une chienne. « Je voulais, ajoute-t-il, avoir fait çà avec tous les animaux. » A Ville-Evrard, en 1892, la femme d'un malade étant venue voir son mari, « çà lui a fait naître de grands désirs et il aurait voulu avoir des relations avec elle. » Le lendemain, il croit entendre la voix de cette femme : « si tu veux de moi comme impératrice, disait la voix, il faut que tu mange ce qui se trouve dans le pot de chambre, et qui est de moi. » Il aperçoit des matières dans un vase, il les mange aussitôt « avec délices », « comme s'il eut mangé une pomme ». « Ça sent mauvais, dit-il, mais enfin on peut le faire ! » Une autre fois aux cabinets, des voix de femmes lui ont dit de boire de l'urine, il n'a pas hésité à leur obéir. Il mangeait volontiers de la terre, des vers, des insectes, des hannetons. Sur ce terrain, nettement dégénératif, s'élèvent fréquemment des floraisons délirantes, et il est curieux de remarquer que c'est toujours à la suite d'excès alcooliques que la déséquilibration s'accentue, et qu'à côté du délire spécial alcoolique surgissent des conceptions presque toujours ambitieuses. Les excès de boissons agissent d'ailleurs avec une extrême rapidité ; en quelques jours, la psychose toxique se manifeste par des cauchemars, des terreurs nocturnes et les hallucinations spécifiques ne tardent pas à paraître. Les conceptions délirantes proprement dites suivent bientôt, unies à l'excitation et à l'incohérence des paroles et des actes ; le malade alors est interné. Et c'est ainsi que, depuis le mois de juin 1889, il a fait six séjours dans les asiles de la Seine.

Dans les premiers jours qu'il passe à l'asile, nous trouvons notés chaque fois des hallucinations pénibles, des frayeurs, la crainte d'être assassiné ou guillotiné, des idées de persécution, du tremblement des mains et de l'insomnie. Les accidents alcooliques se dissipent; mais les idées délirantes greffées sur la déséquilibration intellectuelle persistent encore pendant quelques jours. Il se croit empereur, Napoléon III ou Napoléon V : Il régénérera la France, lui rendra l'Alsace et la Lorraine; il raconte à qui veut l'entendre ses projets de réformes, ses idées philanthropiques envers les vieillards et les enfants. L'excitation tombe cependant et ces idées se dissipent en partie; mais il n'en persiste pas moins un état mental particulier, image en raccourci de son délire, fonds permanent d'où l'alcool avait fait surgir les conceptions précédentes. Très actif, il écrit de nombreuses lettres aux autorités, aux députés, au Ministre de la Guerre auquel il adresse un plan pour « des voitures-cuisine-campagnes, petites voitures à munitions, pouvant servir pour retransporter le manger sans dévoyer les gamelles en tirant les tiroirs d'une voiture à l'autre ». Il s'occupe de relater dans de longs manuscrits les moindres épisodes de sa vie; puis plein d'idées généreuses il veut mettre des impôts sur la fortune, « ceux qui ont de l'argent paieraient pour les autres. »

Il tient à informer par lettre ses concitoyens « de ses idées sur l'humanité : secours aux familles et aux vieillards, protection aux animaux domestiques que l'on ne doit pas surcharger, défense de leur faire porter des colliers en fer, création d'une commission pour passer dans les écuries afin de s'assurer que cette réglementation est observée ; pénalité en cas de non-observation de cette ordonnance, etc. » A ces idées philanthropiques, il mêle constamment des idées mystiques. A l'âge d'un an, nous dit-il, un vieillard a arrêté sur un chemin ma mère qui me portait dans ses bras, il lui a pris la main et a découvert sur celle-ci la religion catholique et la religion juive. Il a prédit qu'un jour je ferai beaucoup parler de moi et dans mon idée c'est que j'arriverai bientôt au pouvoir; «partisan de l'autorité, ajoute-t-il, je serai très sévère pour la police, que je voudrais voir bien marcher ». Il professe une eschatologie particulière : les corps « devenus stellaires » après la mort doivent, pour aller au paradis, passer par la lune. Pour aller en enfer, qu'un juif surveille, ils passent par le soleil.

Sous l'influence d'un appoint alcoolique, une bouffée délirante toxique se produit donc chez un dégénéré et souvent se développe avec elle un délire polymorphe (ambitieux, mystique, hypochondriaque, de persécution), délire incohérent et mobile. Or, quelques malades présentent en même temps de l'embarras de la parole et de l'inégalité pupillaire. D'autre part, on apprend quelquefois qu'ils ont été arrêtés parce qu'ils ne pouvaient payer un fiacre, une dépense de restaurant. Tous ces détails donnent l'idée d'une paralysie générale ; mais, après quelque temps de séjour à l'asile, l'amélioration est obtenue, et ce fait que certains auteurs rangeraient parmi les pseudo-paralysies générales, rentre alors ouvertement dans la dégénérescence mentale mise en activité par un stimulant alcoolique.

Les conceptions délirantes multiples, que le délire alcoolique fait aussi naître, disparaissent parfois très rapidement; dans un certain nombre de cas cependant, on les voit persister avec ténacité, après la disparition des phénomènes aiguës. C'est là ce que nous observons chez les deux malades suivants :

Observation XXVI.

Dégénérescence mentale et délire alcoolique. Idées de persécution, érotiques, mystiques, développées à l'occasion du délire toxique et persistant après sa disparition.

B. Marie, femme M. entre à l'admission à l'âge de 51 ans. Nous ne possédons sur ses antécédents héréditaires aucun renseignement précis, mais nous savons que, vers l'âge de 11 ou 12 ans, elle a eu des crises convulsives de nature indéterminée, que, de tout temps, elle a présenté un caractère inégal, colérique à l'excès et sans mesure, méfiant et naïf, érotique et superstitieusement dévot. Etablie avec son mari à la tête d'un commerce de vins, elle a commencé, dès 1884, à commettre quelques excès alcooliques, qu'elle dut restreindre d'ailleurs à la suite de déboires commerciaux qui les plongèrent dans la misère. Vers la fin de 1888, cependant, elle reprit ses anciennes habitudes (chopine à chaque repas, cognac dans le café) qu'elle exagéra sensiblement quelques mois avant son entrée. Son mari, qui était alors balayeur, sortait dès le matin à l'aube : elle en profitait pour s'octroyer aussitôt, à jeun, quelques petits verres de marc « afin, dit-elle, de se mettre d'aplomb ». C'est que déjà elle présentait les malaises matutinaux de l'alcoolisme gastrique (pituites, crampes d'estomac) et qu'elle pensait s'en débarrasser ainsi. Quelques crampes dans les mollets et du tremblement des mains complétaient les signes physiques de l'intoxication. D'autre part, depuis 5 à 6 mois, elle dormait mal, avait des cauchemars, quelques hallucinations nocturnes qu'elle oubliait, le jour venu. Peu à peu cependant les nuits devinrent plus mauvaises ; elle voyait des rats, des chats, des lions qui bondissaient sur le parquet, des chouettes, des corbeaux, des chauves-souris qui volaient par la chambre. Des singes, des « hommes de bois », des « individus barbus à l'air méchant », s'avançaient vers elle, comme pour la tuer. Elle entendait dire : « la vache ! elle y passera, il faut qu'elle y passe ! » Elle sentait « comme des aiguilles qu'on eût enfoncé dans ses doigts ». Tous ces troubles qui, la nuit, la tenaient en émoi, s'apaisaient le matin et disparaissaient dans la journée, pour revenir le soir. Mais, au bout de quelque temps, elle devint plus triste, et formula nettement des conceptions délirantes. Elle prétendait que les voisins la haïssaient, voulaient la voler, la regardaient et l'insultaient par des trous creusées dans les cloisons, que son mari la délaissait pour courir ailleurs, qu'il la brutalisait, lui « faisait des mistoufles »; un jour même, manifestant un appétit génésique exagéré, elle voulut le retenir auprès d'elle, le priant de n'aller point travailler, et comme il refusait, elle essaya de le frapper à coup de marteau. Par moments, elle se mettait à genoux brusquement, et, les bras en croix ou les mains jointes, elle invoquait Dieu

la Vierge, les Saints ; d'autres fois, elle se jetait à terre, embrassait le parquet à plusieurs reprises, se relevait, frappait sa poitrine, en psalmodiant ses prières, et faisait sur tout son corps des signes de croix.

Sa tristesse augmentait cependant, comme aussi s'accentuaient le délire toxique et les conceptions délirantes parallèles, sous l'influence de ses abus persistants d'alcool. Elle fit alors plusieurs tentatives de suicide, provoquées surtout par les idées de persécution. Elle assujettit un jour une corde à un crochet, mais le nœud coulant entourait à peine son cou que le crochet céda. Elle s'y reprit à trois fois sans réussir. Une autre fois, le mari la surprit au moment où elle mettait tremper dans son café des allumettes chimiques. Ce sont ces tentatives qui ont provoqué son internement.

Au moment de son arrivée à l'asile, elle est en plein délire alcoolique. Les hallucinations visuelles et auditives, mobiles, pénibles, ne quittent guère la malade que dans la journée ; mais bientôt les nuits deviennent plus tranquilles, les troubles sensoriels diminuent d'intensité et de quantité, la zoopsie disparaît peu à peu. Le tremblement des mains marqué au début, les picotements, les crampes des membres inférieurs s'apaisent. Mais les conceptions délirantes restent les mêmes. La malade se plaint du personnel, des malades qui la regardent de travers, l'insultent : « Chacun, dit-elle, dit son mot ici. » Elle prétend qu'on la fait dormir de force, qu'on lui fait subir toutes sortes d'atrocités, et elle ajoute : « Je suis plus fatiguée le matin en me levant que le soir en me couchant. » Elle se livre à de pieuses extravagances, se frappe la poitrine, s'agenouille, dit tout haut ses prières « pour faire ses neuvaines ». Et en même temps elle présente une excitation génésique extrême, elle se précipite vers les hommes, elle voudrait avoir des relations sexuelles : « c'est, dit-elle, la nature qui parle. » Lorsqu'enfin elle est transférée, à Ville-Evrard, au mois de décembre, le délire alcoolique a complètement disparu, mais les idées de persécution, les idées mystiques, l'érotisme persistent.

Observation XXVII.

Dégénérescence mentale et alcoolisme sub-aigu. Délire polymorphe (idées de persécution, mystiques, ambitieuses) consécutif au délire alcoolique, et rapidement amélioré à l'asile.

D... Eugène, sommelier, âgé de 39 ans, est fils et petit-fils de déséquilibrés et d'alcooliques ; son grand-père paternel poussait même la passion de l'alcool jusqu'à coucher avec des bouteilles. Quant à lui, il s'est montré de tout temps un émotif et un rêveur. Esprit inquiet, mystique, à sensibilité profonde et fertile en idées sentimentales, D... s'isolait, vivait seul, loin des siens. Des convulsions, des cauchemars, des terreurs nocturnes, une véritable phobie de l'obscurité ont marqué son enfance. A 10 ans, il a eu la fièvre tyhoïde. A 15 ans, pendant la Commune, il entend une balle siffler à ses oreilles : épouvanté, il s'enfuit devant lui, et pendant 12 jours, vague au hasard, couchant à la belle étoile. Ces fugues se renouvellent ensuite de temps à autre pendant son adolescence : tout à coup il partait sans motif, sans délire, sans perte antérieure de connaissance, et demeurait pendant des semaines et des mois absent du domicile paternel, errant au dehors à l'aventure. A 22 ans, commencèrent les premiers excès alcooliques. Placé chez un distillateur, D... eut rapidement de l'insomnie, des cauchemars et des visions terrifiantes, mais ces troubles cessèrent en quelques mois avec le retour à la sobriété. A 27 ans enfin, il contracta la syphilis, qu'il paraît avoir convenablement traitée.

Les accidents qui l'amènent à l'asile sont consécutifs à de nouveaux excès alcooliques. La mort de son père, de mauvaises affaires commerciales lui ont fait reprendre, depuis 3 ans, ses habitudes d'intempérance ; il boit environ 2 litres de vin par jour, beaucoup de café, du cognac, du vermouth, des amers. Bientôt le sommeil disparaît ; il se réveille brusquement, en plein cauchemars, couvert de sueurs, en proie à la plus vive terreur. Il a peur de tout, tressaille au moindre bruit, prend les ombres pour des revenants, les jeux de lumière pour des flammes, voit des souris et les entend gratter le plancher. Ces troubles sensoriels ont augmenté progressivement ; très nets pendant la nuit, ils s'apaisaient au jour, mais le malade demeurait triste et craintif. En novembre 1893 il entra à Mazas pour escroquerie aux courses. Et à ce moment même où forcément cessaient les abus de boissons, l'état mental s'aggrava ; des hallucinations de l'ouïe s'ajoutèrent aux hallucinations de la vue. Des voix inconnues l'appelaient vaurien, voleur, scélérat, lui déclaraient qu'il était ruiné, qu'on avait tout vendu chez lui, que sa femme s'était de désespoir jetée par la fenêtre, que ses enfants étaient morts, etc. Lorsqu'il recevait une lettre de sa femme, il se refusait à reconnaître l'écriture de celle-ci et croyait y découvrir la trace de plusieurs mains différentes. Sous l'influence de ces conceptions délirantes, il fit deux tentatives de suicide, essaya de s'étrangler avec son mouchoir et de s'empoisonner avec des allumettes. A ces idées de persécution se mêlaient par moments des idées mystiques ; c'est ainsi qu'une fois un ange apparut dans sa cellule, tout blanc, le front perdu dans une éblouissante auréole, suivi de ses parents qui venaient l'encourager et le réconforter.

D... sortit de Mazas en février 1894. Les idées de persécution continuèrent. Les voix lui disaient qu'on le tuerait lui et toute sa famille s'il n'y prenait garde ; elles l'accusaient de la mort de M. Carnot. Il prétendait qu'on l'espionnait, que des agents le suivaient dans la rue et voulaient l'arrêter. Quelques jours avant son internement, persuadé que sa maîtresse voulait l'empoisonner en mettant de l'arsenic dans ses aliments, il chercha à l'étrangler. Parfois aussi il manifestait des idées hypochondriaques, déclarait que son corps se décomposait, que sa taille diminuait, que ses os raccourcissaient. En octobre enfin apparurent des idées de grandeur. Il déclara un jour à son oncle qu'il était saint Eugène, qu'il avait le don de miracle, et qu'il pourrait se jeter du haut de la tour Eiffel sans se faire aucun mal. Il composait des vers qu'il signait Victor Hugo. Il ne tarda pas d'ailleurs à se proclamer Dieu.

Arrêté sur la voie publique où il avait cherché à s'emparer d'un enfant que tenait sa mère, en prétendant qu'il lui appartenait, il est amené à Sainte-Anne le 20 octobre ; son attitude est triste, les mains tremblent. Les nuits sont mauvaises, remplies de cauchemars et d'hallucinations terrifiantes. Les idées de persécution et de grandeur se mêlent sans ordre et sans cohésion : c'est un délire polymorphe peu systématisé. Au bout de quelques jours les phénomènes alcooliques s'apaisent ; les nuits deviennent plus calmes, le sommeil revient, le tremblement des mains diminue. Très rapidement aussi les idées de grandeur s'évanouissent. Le 13 novembre, le malade sourit au récit qu'on lui en fait, mais il est toujours triste, et, si les voix injurieuses ont à peu près disparu, il n'en est pas moins inquiet encore sur son sort et celui des siens.

Ainsi donc des conceptions délirantes plus ou moins systématisées viennent souvent se greffer chez le dégénéré sur l'accès de délire alcoolique. Et ces idées peuvent subsister pendant des mois, alors que toute trace de délire toxique a depuis longtemps disparu. Mais, et c'est une remarque que vous avez dû faire à propos des deux malades dont je viens de vous parler, les idées de persécution dominent habituellement la scène pathologique. Dans quelques cas même elles existent seules. Il y a là comme une prolongation du délire alcoolique, mais avec des caractères plus limités, plus tassés en quelque sorte, avec des troubles sensoriels raréfiés et fixes. Les hallucinations terrifiantes de la période aiguë ont créé le courant vers un système de persécution. Grâce aux défectuosités primitives de l'intelligence et du jugement, le sujet est sorti du délire toxique convaincu de la réalité de ses sensations illusoires ; et si, l'excitant disparu, les hallucinations ne sont plus ni mobiles ni aussi nombreuses, elles n'en persistent pas moins, adaptées dès lors aux conceptions suggérées par le délire toxique, c'est-à-dire pénibles. Mais il faut pour cela, je le répète, une insuffisance de mécanisme psychique, une prédisposition.

L'alcoolique simple se laisse facilement persuader, après quelques jours d'abstinence, du caractère pathologique de ses sensations. L'alcoolique prédisposé de par l'hérédité psychopathique, donne au délire toxique une suite vésanique. Le même fait se reproduit d'ailleurs pour les alcooliques chroniques chez lesquels on ne retrouve aucune trace de prédisposition héréditaire, mais dont l'intelligence commence à s'affaiblir. La disconnexion des centres corticaux qui résulte du processus anatomique de l'alcoolisme chronique équivaut bien alors à une déséquilibration transmise, et si un nouvel excès fait éclore un délire alcoolique, celui-ci pourra ne s'effacer qu'en laissant un résidu de conceptions délirantes, plus ou moins systématisées. A un degré plus avancé de l'alcoolisme chronique, la vie intellectuelle s'éteint chaque jour, et quelle que soit la voie vers laquelle se dirige le malade, démence ou paralysie générale, on ne constate bientôt que des idées délirantes vagues, incolores, mal systématisées, des conceptions de dément. Nous entrons ainsi avec ces faits dans le domaine des démences organiques que nous étudierons dans la prochaine leçon.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'alcoolisme à Paris.

Au moment où de toutes parts s'élève un cri de guerre contre l'alcoolisme envahissant, au moment où les pouvoirs publics se voient forcés de prêter à ce péril social une trop tardive attention, il m'a paru intéressant de montrer les ravages que cause dans la population parisienne l'intoxication par l'alcool. En 1887, pendant mon internat à la Pitié, dans le service de mon savant maître, M. Lancereaux, le nombre d'alcooliques qui défilaient sous nos yeux était considérable. C'est bien autre chose aujourd'hui, et c'était pour moi une impression que l'alcoolisme à Paris progresse à pas de géant. Mais, pour ne pas conclure sur des impressions, j'ai tenu à appuyer par des chiffres des constatations malheuresement trop faciles.

J'ai fait, en conséquence, le relevé des intoxiqués par l'alcool qui se présentaient à l'Hôtel-Dieu dans le service de consultation qui m'est confié. Et, en parlant d'intoxiqués, je n'entends pas dire les buveurs seulement : la statistique eût été sans cela bien vite faite, car ils sont rares maintenant ceux des clients des hôpitaux qui ne boivent ni absinthe, ni rhum, ni l'un quelconque des multiples apéritifs que chaque jour voit éclore. Je ne parle pas de ceux que l'alcool a réellement intoxiqués, de ceux qu'il a terrassé, de ceux dont il a fait des non-valeurs sociales.

Il est certain qu'on rencontre chaque matin à une consultation d'hôpital des buveurs qui, malgré leurs diverses consommations, ne sont que peu ou pas intoxiqués car il s'en faut que tous les hommes soient égaux devant l'alcool : tel supportera une dose, dont la moitié et en un laps de temps bien moindre suffira pour miner tel autre organisme, et, pour ce toxique, comme pour tous les autres, l'idiosyncrasie n'est pas un vain mot. Je ne parle donc que des seuls intoxiqués, de ceux que l'alcool a rendu aussi débiles que des enfants, adultes sans force, incapables du moindre travail, du plus léger effort, de ceux qu'il finit par faire chasser de l'atelier et qu'il conduit à l'hôpital à tout propos d'abord, en leur faisant perdre toute résistance contre la maladie, et pour toujours ensuite, organismes vieillis avant l'heure et vaincus dans la lutte. Je n'ai compris dans cette statistique que ceux dont le masque, les rêves terrifiants, les pituites continuelles, les névrites périphériques, etc., etc., ne laissaient aucun doute sur les habitudes d'intempérance, et, pour ne pas être taxée d'exagération, je n'ai fait rentrer que ceux que je considère encore une fois comme des non-valeurs sociales, parce qu'ils ne peuvent plus fournir aucun travail, parce qu'ils sont à la charge de la société momentanément d'abord, pour une maladie intercurrente et, d'une façon définitive bientôt, l'asile devenant leur seule chance d'échapper à la mort.

La statistique a porté sur les consultations du mois de février 1896. Elles ont été au nombre de 1,106 et ces non-valeurs par alcoolisme s'y trouvaient au nombre de 62. Je compte parmi ces malades 14 tuberculeux que leur tuberculose pulmonaire, débutant par le sommet droit sans qu'il y ait eu aucune hérédité, sans qu'on puisse de même incriminer cette autre cause si commune de la tuberculose à Paris, le confinement, me permettait, en y joignant les commémoratifs, de rattacher à l'intoxication par l'alcool, suivant l'enseignement de M. Lancereaux.

Ces 1,106 malades se répartissaient ainsi :

677 hommes, 429 femmes, et, parmi eux, 38 hommes intoxiqués et 24 femmes. La proportion est donc de 5,6 0/0 pour les hommes et de 5,5 0/0 pour les femmes. Je rappelle que je ne confonds pas le buveur et l'intoxiqué, ce dernier étant un véritable malade, plus gravement atteint même par son empoisonnement qu'il le serait par toute autre maladie aiguë et réclamant le plus souvent son hospitalisation.

On voit, pour le dire en passant, que la proportion des femmes intoxiquées est la même que celle des hommes : l'alcoolisme chez la femme augmente dans des proportions effrayantes.

J'ai la conviction que ces chiffres sont au-dessous de la réalité ; mais j'ai tenu à ne faire entrer en ligne de compte, outre bien entendu, les tuberculeux par alcoolisme qui sont, on en conviendra, le type de ces non-valeurs, j'ai tenu, dis-je, à ne comprendre que les alcooliques invétérés qui, après des nuits d'insomnie ou rendus plus pénibles encore par leurs cauchemars, se lèvent anéantis, incapables d'aller à leur travail, et chez lesquels la perte absolue de l'appétit, les troubles digestifs amènent un prompt dépérissement, un dépérissement rapide. Je me suis limité à ceux qui ne peuvent plus dormir, qui ne peuvent plus manger, qui ne peuvent plus travailler, qui ne peuvent plus résistor, et qui sont condamnés à mourir à plus brève échéance. Et ceux-là, je le répète, ont été, à l'Hôtel-Dieu en février dernier, au nombre de 62 sur 1,106 malades examinés. La statistique eût pu porter sur d'autres mois encore, mais sans plus d'intérêt pour la démonstration.

Eh bien, calculons : 62 intoxiqués par mois dans les treize hôpitaux à consultations ! 800 intoxiqués, qui sont ou vont être hospitalisés. Soit, dans une année environ, 10.000 non-valeurs de par l'alcool.

Ces non-valeurs non seulement ne rapportent plus un centime à la société; mais elles vont lui coûter un nombre de journées d'hospitalisation qu'on peut, sans exagération, évaluer à 300.000, soit 900.000 francs. Que l'on ajoute une somme égale que ces alcooliques auraient pu gagner, nous arrivons à un total de 1 million 800.000 francs qu'ils coûtent au bas mot par an à la Ville de Paris. Ces tristes résultats, basés sur mon observation à l'Hôtel-Dieu, on les retrouvera dans tel hôpital qu'on voudra et je suis resté au-dessous de la vérité.

Quels sont ces alcooliques? A leur décharge, je dirai que ce sont surtout des célibataires; le père de famille trouve chez lui, quoi qu'on en puisse penser, un frein qui n'arrête pas le célibataire, et ils sont légion ces ouvriers qui emploient à l'absinthe, au rhum (ce sont surtout les liqueurs qui m'ont été accusées) le quart, le tiers de leur gain quotidien. Ils sont légion ces alcooliques, qui, gagnant 5 fr. par jour, en dépensent trois pour payer les cinq ou six verres du poison qu'ils s'offrent à la moindre occasion. Ceux qui gagnent 5 francs et plus arrivent encore à balancer leur budget; mais que dire de ceux qui ne gagne que 3 francs par jour? Il est vrai que l'inappétence absolue que l'on trouve alors chez ces intoxiqués leur permet de consacrer à la boisson la plus belle part de leurs ressources.

Ce qui frappe encore, lorsqu'on examine ces intoxiqués, c'est leur inconscience. C'est pour eux chose naturelle de boire chaque jour leurs quatre, cinq ou six verres de liqueurs, et beaucoup sont de bonne foi lorsqu'ils soutiennent qu'ils ne boivent pas. Ils mettent tant de candeur à avouer leurs habitudes et ils sont si surpris d'en apprendre le résultat qu'on arrive à se demander s'ils sont réellement coupables. Ne seraient-ils pas en droit, après tout, de soutenir que, dans une ville où les moindres denrées alimentaires sont passées au crible, le nombre des cabarets qui va toujours croissant ne prouve qu'une chose, l'excellence des produits qu'on y débite.

Ce qui attriste enfin, lorsqu'on voit ces hommes ou ces femmes dans la force de l'âge ainsi terrassés, c'est de songer à l'avenir de la population parisienne et l'on arrive presque à cette féroce conclusion que la Nature a peut-être raison de les éliminer.

Paul RAYMOND.

Rapport général sur les établissements de bienfaisance.

Dans un article fait avec un grand soin sur le quatrième volume de notre *Bibliothèque d'éducation spéciale* et qui contribuera certainement aux progrès de l'*Assistance des enfants idiots* dans notre pays, Thomas Grimm, du *Petit Journal* (n° du 8 juin), relève, dans les termes suivants, la remarque que nous avons reproduite de nouveau relative à la non publication, chaque année, d'un rapport de l'inspection générale sur les établissements hospitaliers :

« J'étonnerai certainement mes lecteurs, écrit Thomas Grimm, comme j'ai été surpris moi-même, quand je dirai que depuis vingt ans les différents Ministres de l'intérieur n'ont fait publier par le service de l'inspection aucun rapport sur la situation des enfants idiots dans les asiles... »

Notre réclamation visait tous les aliénés, tous les asiles et par conséquent les enfants. Si, comme cela se pratique dans différents pays, notamment en Angleterre, il était publié un rapport annuel sur l'ensemble du service des aliénés, on connaîtrait d'une façon plus exacte le nombre des enfants idiots et épileptiques, s'il y a ou non progression. Nous avons eu l'occasion, à la fin de 1895, d'insister auprès du ministre de l'intérieur, alors notre ami M. Léon Bourgeois, pour combler une lacune si regrettable. Nous avons appris récemment qu'il avait donné des instructions pour que les inspecteurs généraux préparent un rapport sur l'ensemble du service des aliénés. Ce rapport doit porter sur 1895 ou 1896 et devra être imprimé avant 1900. Nous sommes loin des *Rapports annuels* de l'Angleterre et des Etats-Unis, par exemple. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 juin.

Action de diverses substances sur les mouvements de l'estomac; innervation de cet organe.

M. BACELLI dans des expériences sur les chiens, les chats, les lapins, les rats, a observé les mouvements de l'estomac au moyen d'un ballon de caoutchouc, introduit dans la cavité de l'organe par une ouverture faite à ses parois. Les substances dont il a étudié l'effet sur les mouvements de l'estomac peuvent être divisées en quatre groupes :

1° Celles qui excitent les mouvements de l'estomac, soit énergiquement (muscarine, pilocarpine); soit moins énergiquement, quoique à un degré notable (nicotine, quinine, cocaïne, digitale, caféine); soit faiblement (tartre stibié, émétine, arsenic). 2° Celles qui sont sans action sur les mouvements de l'estomac (certains purgatifs, strychnine, pepsine). 3° Celles qui diminuent la contractilité de l'estomac, soit faiblement (curare, morphine, acide cyanhydrique, vératrine, eau froide ; soit fortement et abolissant même ces mouvements (chloral et surtout atropine). 4° Enfin, celles qui abolissent les contractions rythmiques de l'estomac, les parois de l'organe se contractant en masse d'une manière énergique (ingestion d'éther ou de chloroforme).

Quant à l'innervation de l'estomac, ses expériences l'ont amené à conclure qu'il existe dans le nerf vague deux espèces de fibres : les fibres motrices et les fibres inhibitrices, provenant toutes deux de la branche interne du spinal; les fibres propres du pneumogastrique n'en contiennent pas. L'excitabilité motrice des nerfs vagues sur l'estomac peut être modifiée de diverses façons : augmentée par la vératrine, l'élléborine, la caféine; diminuée par le chloral, le curare, la nicotine; abolie soit par le jeûne prolongé, soit par l'atropine et la cocaïne qui paralysent les fibres motrices tout en respectant les fibres inhibitrices. Ces fibres inhibitrices du vague sont excitées par la pilocarpine. Le splanchnique n'a pas sur l'estomac constamment la même action : le plus souvent, il est franchement inhibiteur, d'autre fois il est légèrement accélérateur, enfin il peut n'avoir aucune action sur les mouvements de l'estomac. Ses fibres paraissent être paralysées totalement par l'atropine. La galvanisation simultanée du splanchnique et du vague diminue beaucoup, et abolit quelquefois même l'excitabilité de ce dernier.

Séance du 6 juillet 1896.

Action physiologique des courants à haute fréquence et leurs effets thérapeutiques.

M. D'ARSONVAL a étudié à l'aide d'un dispositif ingénieux imaginé par lui, l'action prolongée des courants à haute fréquence sur les animaux, soit à l'état normal, soit à l'état

pathologique naturel ou provoqué. Pour éviter toute action perturbatrice, l'animal en expérience est placé dans une cage cylindrique, isolante, couchée horizontalement. Cette cage est entourée extérieurement d'un gros conducteur faisant 15 à 20 tours et à travers lequel passe le courant à haute fréquenee. Ce solénoïde induit dans le corps de l'animal des courants de haute fréquence qui nc sont nullement sentis. Ces courants exagèrent les combustions organiques que l'auteur mesure directement par la perte de poids que subit l'animal, au lieu de les déduire, comme on le fait d'ordinaire, de l'analyse des gaz de la respiration. Il a dès lors pensé que les courants à haute fréquence donneraient de bons effets dans les maladies par ralentissement de la nutrition telles que (certaines formes du diabète, goutte, rhumatisme, obésité). Les résultats obtenus à l'Hôtel-Dieu sur deux diabétiques et un obèse ont vérifié ses présomptions et ouvrent une nouvelle voie thérapeutique dont il reste à fixer les détails.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 4 juillet 1896. — Présidence de M. Giard.

MM. Charrin et d'Arsonval ont cherché à mesurer la *diminution de toxicité* produite par les courants à haute fréquence sur les toxines bactériennes et ont constaté que cette diminution atteignait la moitié de la toxicité des produits témoins.

M. Marinesco a recherché les *lésions cellulaires de la moelle épinière dans le tétanos*. Il a choisi trois cas de cobayes intoxiqués avec la toxine tétanique. Les éléments chromatophiles des cellules nerveuses ont perdu leur orientation ; ils sont amincis, réduits à des bâtonnets ou à des granulations ; ils peuvent disparaître et la cellule subit alors la nécrose de coagulation. Les cellules nécrogliques sont au contraire augmentées de volume et en pleine activité.

M. Roger a accoutumé le lapin, par doses faibles et progressives, à supporter l'injection intra-veineuse de quantités qui seraient mortelles d'emblée, de *cultures d'oïdium albicans*. Le sérum de ces animaux est un très mauvais milieu de culture pour l'oïdium, qui s'y développe faiblement et ne peut y être cultivé en series. Le parasite agit donc sur le sérum comme les bactéries pathogènes.

M. Bodin communique les caractères d'un *champignon du genre favus* isolé sur un veau atteint de tricophytie ; fait singulier, les tricophytes diffèrent complètement au point de vue mycologique des favus.

M. Langlois a recherché le *rôle des capsules surrénales dans certaines intoxications*. Ce rôle est bien connu dans l'intoxication, par la nicotine par exemple. Mais ce qui est paradoxal, c'est que les cobayes auxquels on a enlevé une capsule surrénale résistent mieux aux toxines que les animaux normaux. L'auteur suppose que les toxines augmentent l'activité secrétrice des capsules et la quantité de substance toxique spéciale qu'elles produisent à l'état normal. En supprimant l'une des capsules on supprime la sécrétion de ces produits et on diminue la source de l'auto-empoisonnement. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 juillet 1896. — Présidence de M. Hervieux.

L'Académie, pour la première fois depuis bien des années, s'est accordée, en raison de la Fête Nationale, un jour de vacances complètes. La séance, que quelques membres avaient voulu reporter au mercredi 15, a été renvoyée au mardi 21. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 juillet 1896. — Présidence de M. Ch. Monod.

Cholécystogastrostomie.

M. Terrier a publié une observation de rétention biliaire par néoplasme de la tête du pancréas, où il fit une anastomose de la vésicule et de l'estomac. Deux mois après, l'ictère avait disparu ; mais peu à peu le malade se cachectisa, et quatre mois après il mourut. On constata un cancer de la tête et de la queue du pancréas. Le duodénum était ulcéré. Le péritoine était envahi. Il y avait ascite, et un grand nombre d'abcès miliaires dans le foie. L'orifice qui faisait communiquer l'estomac et la vésicule avait subsisté et était en parfait fonctionnement. Le malade avait en somme succombé à son cancer.

Greffes de Thiersch.

M. Kirmisson. — La dénudation des bourgeons charnus doit être faite très complètement si l'on veut obtenir un bon résultat des greffes.

M. Reclus s'était toujours contenté de la curette et ignorait le rasoir, que conseille M. Michaux pour raser les bourgeons charnus. Il compare les deux procédés.

M. Schwartz a eu l'occasion de faire une autoplastie par torsion de lambeau sur une énorme cicatrice rétractile suite de brûlure du creux poplité et a ajouté des greffes de Thiersch. Les deux procédés combinés ont donné les meilleurs résultats et les mouvements du genou sont restés complets.

Cholécystentérostomie.

M. Broca fait un rapport sur une observation de M. Delbet. Une malade atteinte de colique hépatique fut incisée le long du bord droit antérieur. On ne sentit aucun calcul. Il fit une cholécystentérostomie. C'était après quinze jours de colique hépatique que Delbet a opéré. On ne saurait trop le féliciter de cette hâte qui doit être la règle. Quelle était la cause de cette obstruction ? Il a été impossible de la saisir. Chose intéressante, c'est que depuis l'existence déjà longue de la cholécystentérostomie, il ne s'est fait aucune infection ascendante.

Gastrostomie. — M. Quénu présente un malade qu'il a aussi opéré.

Extirpation du ganglion de Gasser.

M. Poirier fait une communicatien sur l'extirpation de Gasser (sera publiée ultérieurement).

M. Quénu s'étonne que M. Poirier n'ait point cité son nom et un travail qu'il a fait sur le sujet.

M. Poirier répond qu'ayant lu avec beaucoup d'intérêt la note que M. Quénu a publiée sur la section intra-cranienne du maxillaire inférieur, opération qu'il considère comme illogique, il n'y a rien trouvé qui ne fut connu, déjà fait. M. Poirier considère comme inutile la section intra-cranienne du maxillaire inférieur, parce qu'elle ajoute les dangers d'une trépanation sans augmenter les chances de guérison, puisque le nerf maxillaire inférieur n'émet aucune branche du ganglion à sa sortie par le trou ovale.

M. Quénu revendique particulièrement d'avoir associé la trépanation temporale basse à la trépanation du plan sphéno-temporal. Il dit que la section intra-cranienne du maxillaire inférieur est justifiée par ce fait qu'un malade, n'ayant pas guéri par la section extra-cranienne, fut guéri par la section intra-cranienne.

M. Poirier répond que ce fait prouve simplement que la première opération avait été incomplètement faite. Quant à ce qui concerne la trépanation large, elle avait été pratiquée et conseillée, avant Quénu, par Doyen et d'autres peut-être.

Ordre du jour de la séance du 22 juillet 1896.

Discussion sur le *Cancer du rectum* (M. Quénu).

Rapport sur une observation de *Pied-bot*, par M. Rochard. (Rapport par M. Kirmisson).

Communication : *Traitement des kystes séreux congénitaux du cou*, par M. Verchère. M. B.

REVUE DE CHIRURGIE

I. — Précis iconographique des fractures et des luxations par Helferich (H.). Trad. par P. Delbet. — Paris, Baillière, 1896.

I. — Ce précis des fractures et des luxations, que vient de traduire M. P. Delbet, est illustré à l'aide de figures, plus ou moins bariolées, qu'on n'est pas accoutumé de trouver dans nos livres classiques. C'est un manuel qui a pour but l'enseignement par la vue. Pour nous, nous aurions préféré de simples photogravures à ces chromophotographies plus ou moins exactes. Le texte a été notablement augmenté par le traducteur, qui a complété ainsi d'une façon heureuse l'édition allemande trop écourtée.

La chirurgie des fractures et des luxations a bénéficié ces temps derniers des progrès dus à l'antisepsie. Aussi trouvera-t-on dans ce livre quelques données intéressantes sur les inter-

ventions à ciel ouvert pour quelques-uns de ces traumatismes. Le principal mérite de cette traduction sera de nous initier à la pratique des chirurgiens allemands, encore assez mal connue dans notre pays en ce qui concerne du moins ces sortes de lésions.

II. — Beiträge zur radikal Operation der Leistenbrüche; par Stucki (Robert). — Thun, Inaug. Diss., 1895, in-8, p. 40.

II. — L'auteur conclut de ce travail que, dans la cure de la hernie inguinale, les procédés de Czerny et de Maceven donnent des résultats insuffisants. Les méthodes, qui ont l'avantage de procurer une oblitération parfaite du péritoine à la condition *sine qua non* d'obtenir une guérison par première intention valent mieux. La méthode de Bassini est très à recommander, quoiqu'elle favorise la déchirure du canal déférent. La méthode de Girard, qui est très voisine de celle de Bassini, ne présente pas le même inconvénient; et elle permet d'obtenir une paroi très solide. L'opération chez les enfants est sans danger et donne d'excellents résultats. On trouvera dans ce travail le résumé de 108 observations et des planches très démonstratives.

III. — Anleitung zum Operieren an der Leiche und am Lebenden; par Riedel. — Iena, Fischer, 1896, in-12, 120 p.

III. — Petit précis d'opérations à l'usage des étudiants, destiné à permettre la répétition sur le cadavre des principales interventions. Ce manuel, rédigé sans esprit de méthode, contient la description sommaire des interventions d'usage courant et des indications sur le traitement des principales lésions chirurgicales. A signaler, en particulier, les articles qui ont trait à la suture des nerfs, à celle des tendons, à la trachéotomie, à l'œsophagotomie, à l'amputation du pénis, à la ponction articulaire, à la sequestrotomie.

Toutes les amputations classiques sont décrites brièvement.

IV. — An inquiry into the difficulties encountered in the reduction of dislocations of the hip; par Allis (Oscar). — Philadelphia, 1896, in-8°, broch., 170 p.

IV. — Ce travail, qui a obtenu le prix fondé par le célèbre chirurgien S. D. Gross (de Philadelphie), a trait aux difficultés qu'on éprouve parfois dans la réduction des luxations de la hanche. D'après l'auteur, c'est la capsule fémorale qui est l'agent le plus important dans les luxations traumatiques du fémur. Cet os agit comme un levier pour déchirer cette capsule et amener le déplacement de la tête fémorale. La résistance est ici représentée par les os et les ligaments. La luxation par choc directe est possible; mais elle est loin d'être fréquente. La *circumduction* est le moyen le plus simple pour obtenir la réduction. C'est certes le moins brillant; mais c'est certainement le moins hasardeux. On trouvera enfin dans ce travail un procédé particulier pour réduire la luxation, quand elle est accompagnée de fracture du fémur. Etude expérimentale très importante. Marcel Baudouin.

BIBLIOGRAPHIE

De la nécessité de préciser le diagnostic avant d'établir le traitement et le régime des dyspeptiques; par le Dr Bovet.

L'auteur admet que les grandes divergences qui existent, quant au meilleur régime alimentaire à prescrire aux dyspeptiques, tiennent à cette tendance à vouloir s'appuyer systématiquement sur une symptomatologie, laquelle est loin d'être fixe, et ne correspond pas toujours aux mêmes types de dyspepsies. C'est ainsi que la douleur survenant après les repas, et caractérisée par une sensation d'acidité et de chaleur, n'est pas le propre même des hyperchlorhydriques, mais se rencontre aussi chez les hypopeptiques ou hypochlorhydriques avec fermentation acétique ou lactique, et même quelquefois chez les apeptiques ou anachlorhydriques avec vomissements alimentaires. C'est ainsi que les fermentations acétiques se rencontrent aussi bien dans l'hyperchlorhydrie que dans l'hypochlorhydrie.

Il faut avant tout se baser sur l'analyse du suc gastrique, laquelle seule donne les véritables données thérapeutiques. Encore faut-il ne pas exagérer les traitements rationnels, et mettre en garde, par exemple, contre l'excès de bicarbonate de soude dans l'hyperchlorhydrie. Si l'on dépasse, en effet, 7 à 8 grammes par jour (Bouet, Gilbert), il y eu des chances pour que la secrétion qu'on veut diminuer, soit au contraire exagérée. Il faut, en outre, se méfier des fausses hyperacidités.

Comme aliments, M. Bovet recommande les nucléopeptones végétaux qui permettent de préparer le malade à une alimentation plus substantielle (œufs, potages, viande, poisson). Le pain, surtout frais et mou, est indigeste. Il est préférable de lui substituer du pain grillé diastasé de légumine.

Paul Cornet.

Contribution aux études cliniques sur la dilatation de l'estomac; par le Dr Bouloumié. — Société d'Editions scientifiques, 1895.

Le travail du Dr Bouloumié semble avoir pour objectif principal, de détruire l'opinion qui veut, depuis les travaux de Bouchard, que la dilatation de l'estomac soit une maladie fréquente. C'est un exposé d'observations qui aboutissent à des résultats statistiques diamétralement opposés à ceux de MM. Bouchard et Legendre. D'autre part, il rappelle, car ce fait est connu depuis longtemps et ne saurait être, en conséquence, présenté comme nouveau, que le clapotage n'est pas toujours un signe de dilatation.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les interprétations qu'il donne aux faits observés par lui. Il nous semble qu'à propos de la dilatation de l'estomac, comme pour la plupart des choses, la vérité se trouve dans le juste milieu; c'est-à-dire que la dilatation de l'estomac n'est ni aussi fréquente que l'a voulue l'Ecole de Bouchard, ni aussi rare que la font les chirurgiens et avec eux M. Bouloumié. Paul Cornet.

VARIA

Le Service Médical de l'Exposition de 1900.

Nous lisons, dans le *Temps* du 15 juillet, l'extraordinaire entrefilet ci-dessous. Nous le reproduisons, sans y rien retrancher, pour ne pas lui enlever sa saveur, très *sui generis*.

« La commission instituée pour étudier l'organisation du service médical à l'Exposition de 1900 vient de remettre son rapport au Ministre du Commerce.

La commission repousse l'idée d'installer un hôpital central dans l'enceinte même de l'Exposition et propose la construction de trois postes au moins dans lesquels un service de permanence se tiendra prêt à donner les premiers soins aux personnes blessées ou malades.

Le service des Ambulances urbaines de la Ville de Paris sera chargé de transporter les malades et de les évacuer dans les hôpitaux les plus voisins, reliés par le téléphone à ces postes de secours. Les chantiers communiqueront avec les postes de secours au moyen d'avertisseurs spéciaux; enfin on établirait une pharmacie centrale destinée à desservir les postes de secours et les chantiers pendant la durée des travaux de l'Exposition. »

Evidemment, c'est la réponse de l'Administration à l'article que nous avons publié récemment ici même (1). Elle est épique !!

1° Mais jamais nous n'avons demandé qu'on construise *dans l'enceinte même* de l'Exposition l'Hôpital de Prompt secours qui existait à Chicago, quoi qu'en puisse penser la commission *dite compétente*.

Nous nous sommes même, un jour, couché sur l'un des lits de cet hôpital, pour pouvoir répéter ultérieurement à nos compatriotes que nous ne l'avions pas entrevu dans un rêve! Nous avons demandé qu'il soit, sinon dans l'enceinte, *du moins dans son voisinage*. Il est facile de s'en assurer. On n'a qu'à consulter au Conseil municipal le dossier de l'affaire. On verra que le terrain sur lequel nous avions arrêté nos vues est en dehors de l'enceinte de l'Exposition. Mais on n'est pas à cela près, à l'Administration. On croyait sans doute que nous étions parti en vacances et que nous ne protesterions pas de toutes nos forces...

2° Maintenant, je me plais à constater que, pour le reste de l'organisation du service, on a absolument copié mon projet, sans

(1) Voir *Progrès médical*, n° du 5 juillet 1896.

d'ailleurs me consulter en aucune façon sur les moyens pratiques d'exécution. — C'est une nouvelle édition des bicyclettes pliantes. Oh ! Ecole polytechnique, déesse vénérée, laisse-moi t'admirer... en silence!

3° Il paraît que le service des Ambulances urbaines de la Ville de Paris va être chargé de transporter les *blessés des chantiers* dans les hôpitaux... Il n'y a qu'un malheur à cela, c'est que le dit service, qui, en somme, est absolument désemparé aujourd'hui, malgré les efforts de M. Strauss, ne possède qu'un seul poste pour tout Paris ; que ledit poste, situé à Saint-Louis, est à une lieue et demie des chantiers ; qu'il ne possède qu'une ou deux voitures ; et qu'il n'est relié au Champ-de-Mars par aucun avertisseur d'accidents!!

On le voit, c'est l'incohérence même ou plutôt l'impossibilité absolue de faire quoi que ce soit. Malgré cela, la Commission a décidé que tout irait bien! Allons, tant mieux.

Quant à la Pharmacie centrale, que vient-elle faire ici? M. Picard croit-il que c'est avec des onguents qu'on soigne les fractures du crâne, qui ont tué plus de trente ouvriers sur les chantiers de 1889? S'il en est encore là, vive l'Ecole Polytechnique!! Marcel BAUDOUIN.

Société d'Hypnologie et de Psychologie.

Séance annuelle.

La séance annuelle de la Société d'Hypnologie et de Psychologie aura lieu le lundi 20 juillet 1896, à quatre heures, au Palais des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Ordre du jour. — 1. Compte rendu de la situation morale et financière de la Société ; 2. Communications et lectures ; 3. Présentation de malades ; 4. Vote sur l'admission de nouveaux membres ; 5. Elections ; 6. Remise des diplômes.

Banquet. — Après la séance annuelle, un banquet aura lieu à sept heures, comme les années précédentes, au restaurant Mignon, 110, boulevard Saint-Germain. Prix du banquet : 10 fr. Envoyer les adhésions au secrétaire-général.

Communications déjà inscrites. — MM. Dumontpallier, Neurasthénie anxieuse traitée avec succès par la suggestion. — Auguste Voisin, Hemi-anesthésie sensitivo-sensorielle. Troubles vaso-moteurs, Lypomanie, etc. Influence curative de la suggestion hypnotique. — Le Menant des Chesnais, Faits de sommeil provoqué à l'insu des sujets. — P. Valentin, Trois cas de neurasthénie grave. Psychothérapie guérison. — Caustier, Psychologie comparée : Perversions psychiques de l'instinct de reproduction chez les oiseaux. — Bérillon, Les narcotiques et les anesthésiques envisagés comme adjuvant à la production de l'hypnose et à la suggestion thérapeutique. — Lagelouse, Psychopathie urinaire. — Babinski et Rueda, Associations hystéro-organiques. — Gelineau, Spermatophobie. — Schmeltz (de Nice), Psychothérapie par le transfert. — Bourdon (de Méru), Application de pédagogie suggestive, Somnambulisme diurne et troubles du caractère. — Varinard, L'écriture des enfants étudiée dans ses rapports avec le développement de la sensibilité. — Bérillon et Verdin, Action régulatrice du sommeil sur les mouvements cardiaques. (Tracés sphygmographiques). — Barbadault, Thérapeutique psycho-mécanique. — Henri Lemesle, Les aliénés criminels en Italie. — Wolf, Suggestions post-hypnotiques, etc., etc. — N.-B. Les auteurs, dont les communications ne sont pas portées à l'ordre du jour, sont invités à se faire inscrire au bureau dès le début de la séance.

Congrès français de Médecine.

(3e SESSION — NANCY 1896.)

Programme général.

Jeudi 6 août, 10 heures du matin : Séance d'ouverture à la salle Victor Poirel. 2 heures : Séance générale à l'Institut anatomique de la Faculté de Médecine. *De l'application des Sérums sanguins au traitement des malades.* Rapporteurs : MM. Roger et Haushalter; discussion, communications diverses sur le même sujet. 9 heures : Réception a l'Hôtel de Ville par la municipalité.

Vendredi 7 août, 8 heures du matin : Visite des hôpitaux. 10 heures : Communications diverses. 2 heures : Séance générale à l'Institut anatomique. *Coagulations sanguines intra-vasculaires.* Rapporteurs : MM. Mayet et Vaquez; discussion, communications diverses sur le même sujet.

Samedi 8 août, 9 heures du matin : Communications diverses. 2 heures : Séance générale. *Pronostic des Albuminuries* Rapporteurs : MM. Arnozan et Talamon ; discussion, communications diverses sur le même sujet.

Dimanche 9 août. *Excursion à Contrexéville et Vittel* ; Train spécial, déjeuner et dîner offerts gracieusement aux membres du Congrès par les Compagnies des Eaux.

Lundi 10, 9 heures : Communications diverses. 2 heures : Communications diverses.

Mardi 11 août, 9 heures : Séance générale : Choix de la ville où se réunira le 4e Congrès. Election du bureau pour la prochaine session. Questions diverses. — *Excursion à Plombières.* Train spécial et banquet gracieusement offerts aux membres du Congrès par la Compagnie des Thermes.

Le Congrès de Psychologie en 1896.

C'est à Munich que va se tenir, durant la première semaine d'août, le troisième congrès de psychologie. Ses préparatifs attirent en ce moment, d'une façon toute particulière, l'attention du monde savant. Le premier congrès avait été organisé à Paris, lors de l'Exposition de 1889, sur l'initiative de Charcot de Th. Ribot et de la Société de psychologie physiologique. Le deuxième s'est tenue à Londres en 1892. Quant au troisième, si toutes les communications annoncées sont faites par leurs auteurs, il sera non moins international que les précédents et réunira la plupart des psychologues d'Europe et d'Amérique. M. Ch. Richter ouvrira la première séance par une communication sur « la Douleur ». Parmi les congressistes français ou de langue française, nous relevons les noms de Tokarsky (de Moscou), Gley, Binet, Flournoy (de Genève), Philippe, Th. Ribot dans la section de psychologie proprement dite. Dans la section de psychologie morbide, ceux de Bernheim, Delbœuf, Dariex, Jauch, Liégeois, Levillain, Raymond, Sollier et A. Voisin.

Congrès de Médecine mentale et nerveuse.

(7e *Session.* — *Nancy* 1896.)

Le septième Congrès des aliénistes et neurologistes se tiendra à Nancy, du 1er au 6 août 1896, dans un amphithéâtre de l'Institut anatomique, rue Lionnois, 23, où le secrétariat se trouvera également transporté pendant la durée du Congrès. Le programme est ainsi composé :

Samedi 1er août. Matin, 10 heures : Séance solennelle d'ouverture, dans une galerie de la salle Poirel, rue Victor-Poirel. — Soir, 2 heures : Première question du programme. Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe. Rapporteur, M. le Dr Séglas. Discussion.

Dimanche 2 août. Excursion à Maréville, visite de l'Asile. Banquet offert aux Congressistes par l'Administration de l'Asile.

Lundi 3 août. Matin, 9 heures : Discussion du premier rapport (*suite*). — Soir, 2 heures : Deuxième question du programme. De la séméiologie des tremblements. Rapporteur, M. le Dr Lamacq. Discussion.

Mardi, 4 août. Matin, 9 heures : Troisième question du programme. De l'internement des aliénés dans les établissements spéciaux. Thérapeutique et législation. Rapporteur, M. le Dr Paul Garnier. Discussion. — Soir, 2 heures : Suite de la discussion des rapports. Communications diverses. — Soir, 7 heures : Banquet par souscription du Congrès.

Mercredi 5 août Matin, 9 heures : Communications diverses. — Soir : Excursion aux environs de Nancy.

Jeudi 6 août. Matin, 9 heures : Communications diverses. — Soir, 2 heures : Communications diverses. — Soir, 9 heures : Réception à l'Hôtel de Ville par la Municipalité. — Clôture du Congrès (1).

Association de la Presse médicale française.

Réunion du 10 juillet 1896.

Le 10 juillet a eu lieu le trente-troisième dîner de l'Association de la Presse medicale française, sous la présidence de M. le Pr Cornil. 19 personnes y assistaient.

M. le Dr DE LAVARENNE (de Paris), représentant *La Presse médicale* (de Paris) ; M. le Dr LÉVY (de Paris), rédacteur en chef de la *Revue de Polytechnique illustrée* (de Paris); M. le Dr DELÉAGE, représentant la *Revue internationale de Thérapeutique et de Pharmacologie* (de Paris), ont été élus membres de l'Association. — Sont nommés rapporteurs des candidatures de MM. les Drs Cabanès (*Chronique médicale*) et Archambaud (*Revue médicale*), MM. Bilhaut et Butte.

La Commission du Cinquantenaire de l'Anesthésie, qui s'occupe activement de la préparation de cette manifestation scientifique et humanitaire, a décidé de réunir cette semaine les délégués des Sociétés et Associations médicales, ayant approuvé l'idée de cette fête. *Le Secrétaire général,*

Marcel BAUDOUIN.

(1) Les membres du Congrès de Médecine mentale et nerveuse, qui voudraient prolonger leur séjour à Nancy, pourront également, s'ils sont adhérents, participer aux travaux et aux excursions du Congrès de Médecine interne qui s'ouvre à Nancy le 6 août, sous la présidence de M. le Pr Pitres. (Pour le programme

Institut international de Bibliographie.

L'Institut international de Bibliographie a été fondé en septembre 1895, dans le but de coordonner les travaux bibliographique qui se poursuivent dans le monde entier sans connexion les uns avec les autres et de réunir dans un répertoire bibliographique universel les inventaires partiels et épars de la production intellectuelle, scientifique, artistique et littéraire. Le siège de l'Institut est à Bruxelles; les membres se réunissent en Congrès pour discuter les questions intéressant la bibliographie, et un *Bulletin* les tient au courant des faits qui se produisent dans cet ordre d'idées dans l'intervalle des Congrès. C'est grâce à l'initiative des fondateurs de cet Institut, MM. Lafontaine et Otlet que la question de la classification décimale de Melvil Dewey, qui est employé en Amérique depuis vingt ans, a été soulevée et discutée dans un grand nombre de Sociétés savantes dont quelques-unes l'appliquent déjà. Afin de constituer en France un centre où ces questions puissent être étudiées en vue des congrès futurs, *une section française de l'Institut international de Bibliographie vient d'être fondée.* Elle a choisi comme président M. le Pr C.-M. Gariel, et comme secrétaire M. le Dr Marcel Baudouin. Les demandes de renseignements relatifs à cette section peuvent être adressées à M. Gariel, 28, rue Serpente (hôtel des Sociétés savantes, à Paris), ou à M. Marcel Baudouin, 14, boulevard Saint-Germain.

Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Membres du Conseil de surveillance en fonctions en 1896.

MM. le Préfet de la Seine, président. Le Préfet de police. Baudin, membre du Conseil municipal, avenue Ledru-Rollin, 83. Bernheim, docteur en droit, rue du faubourg Saint-Honoré, 205. Bompard, membre du Conseil municipal, rue de Prony, 65. Breuillé, membre du Conseil municipal, cité de La Chapelle, 1. Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine, place de l'Ecole-de-Médecine. Budin, accoucheur, chef du service des hôpitaux, avenue Hoche, 4. Cléry, avocat à la Cour d'appel, rue de la Tour-des-Dames, 11. Dubois, membre du Conseil municipal, avenue du Maine, 165. Dubrisay, docteur en médecine, rue Marengo, 6. Ferry, maire du IXe arrondissement, rue Choron, 10. Gaufrès, ancien membre du Conseil municipal, rue Lemercier, 55. Gibert, médecin du bureau de bienfaisance du XIIe arrondissement, rue Keller, 38. Girou, membre du Conseil municipal, rue des Plantes, 42. Heppenheimer, membre des Conseils de prud'hommes, rue des Poissonniers, 58. Honoré, négociant, rue de Solférino, 4. Lannelongue, député, professeur à la Faculté de Médecine, rue François Ier, 3. Levraud, membre du Conseil municipal, boulevard Voltaire, 98. Lucipia, membre du Conseil municipal, rue Béranger, 15. Masson, membre de la Chambre de commerce, boulevard Saint-Germain, 120. Mathé, ancien député, propriétaire, boulevard Voltaire, 7. Morel, membre des Conseils de prud'hommes, rue de Paris, 114, à Montreuil. Mourier, maître des requêtes au Conseil d'Etat, rue d'Anjou, 49. Navarre, membre du Conseil municipal, avenue des Gobelins, 30. Périer, chirurgien, chef de service des hôpitaux, rue Boissy-d'Anglas, 9. Pignon, avocat à la Cour d'appel, administrateur du bureau de bienfaisance du IXe arrondissement, rue La Bruyère, 14. Potain, médecin, chef de service des hôpitaux, boulevard Saint-Germain, 256. Risler, maire du VIIe arrondissement, rue de l'Université, 39. Strauss, membre du Conseil municipal, rue Victor Massé, 3. Thomas, maire du XIIIe arrondissement, avenue d'Italie, 48. Thuillier, membre du Conseil municipal, rue de Paradis, 20. Van Broch, banquier, rue Bergère, 18. Voisin (Félix), conseiller à la Cour de cassation, rue de Milan, 11 *bis*, vice-président. Worms, avocat à la Cour d'appel, administrateur du bureau de bienfaisance du VIIIe arrondissement, rue de Miromesnil, 103.

Un Monument à Pasteur.

Le Conseil d'arrondissement de Versailles vient de prendre l'initiative d'une souscription populaire, de cinq centimes à un franc, pour élever un monument à Pasteur. L'idée est déjà ancienne. Le Conseil d'arrondissement de Versailles estime que le moment est venu de la reprendre, et il invite, par une circulaire, les conseils d'arrondissement de France d'y adhérer et de collaborer à son succès. L'appel qui sera incessamment répandu dans toute la France se termine ainsi :

Le monde entier a été reconnaissant à Pasteur de ses découvertes; l'Institut qui porte son nom, élevé par la gratitude publique, en est le témoignage. Il manque le monument pour perpétuer sa mémoire; Il faut qu'il soit grandiose, il doit être à la hauteur de la gloire qui rayonne autour du nom de Pasteur. A sa mort, le petit bureau de poste de la commune de Garches fut encombré des télégrammes de condoléances qui étaient partis des quatre coins du monde. Pasteur appartient à l'humanité et sur le coin du monument qui lui sera élevé il faudra graver : *A Pasteur l'humanité reconnaissante*.

Les sommes recueillies seront versées au compte de la « Souscription Pasteur par les conseils d'arrondissement », dans les succursales ou agences de la Banque de France, du Crédit Lyonnais, de la Société générale, du Comptoir national d'escompte. Les listes sont destinées à être reliées, afin que l'on puisse les présenter au moment de l'inauguration du monument et les déposer à l'Institut Pasteur.

L'Université future de Marseille.

Le Conseil municipal de Marseille a adopté récemment un vœu demandant : 1° Que les Facultés de droit et des lettres d'Aix soient transférées à Marseille ; 2° que l'Ecole de Médecine soit transformée en Faculté; 3° que Marseille soit désignée comme siège d'une Université régionale. Dans une séance récente, le Conseil municipal a demandé de nouveau la réalisation de ce triple vœu et a prié le gouvernement d'accorder à la Ville de Marseille d'être choisie comme centre académique de la région. En attendant, Marseille demande le transfert provisoire, dont les frais seraient entièrement à la charge de la Ville.

« Nous sommes prêts, dit le rapport, à recevoir les Facultés des lettres et de droit; un local provisoire leur est destiné : c'est la caserne des Incurables, qu'on aménagerait convenablement. Les soldats qui y sont casernés, ainsi que le dépôt des isolés de la marine, seraient transférés à l'ancienne Charité, avec l'autorisation déjà obtenue des administrations de la Guerre et de la Marine. Pendant la période de transfert provisoire, les quatre Facultés groupées à Marseille recevraient de la Ville une gratification de 30,000 francs. Marseille, devenue centre académique, doterait son Université de 50,000 francs annuels et à perpétuité. »

Service de Santé militaire.

Travaux scientifiques des Officiers du corps de santé militaire.

Liste par grade des officiers du corps de santé militaire qui ont produit les meilleurs travaux scientifiques en 1895 :

Médecins principaux de 2e classe : M. Antony, médecin principal de 2e classe à l hôpital militaire de Bordeaux : « La tuberculose dans l'armée et sa prophylaxie. » M. Fournié, médecin principal de 2e classe, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens : « La scarlatine au régiment de sapeurs-pompiers, pendant l'hiver de 1894-1895. »

Médecins-majors de 1re classe : M. Oriou, médecin-major de 1re classe au 2e d'infanterie, à Granville : « Historique d'une constitution médicale à formes cliniques multiples. — Relations étiologiques et pathogéniques entre la grippe, la méningite cérébro-spinale et la pneumonie. »

Médecins-majors de 2e classe : M. Frilet, médecin-major de 2e classe au 15e d'infanterie, à Carcassonne : « Observation de fracture du crâne et de plaies contuses du cerveau chez un soldat du 17e dragons. » M. Mitry, médecin-major de 2e classe, médecin chef de l'hôpital militaire de Tiaret : « Mémoire sur les fractures du larynx. » M. Ecot, médecin-major de 2e classe, surveillant à l'Ecole de santé militaire de Lyon : « Exercices d'improvisations médico-chirurgicales dans l'armée bavaroise. »

Médecins aides-majors de 1re classe : M. Labougle, médecin aide-major de 1re classe au 3e régiment du génie, à Arras : Psychoses par auto-intoxication d'origine intestinale. Deux observations. » M. Blum, médecin aide-major de 1re classe, médecin chef de l'hôpital militaire de Nemours (Algérie) : « Observations de maladies traitées par les injections de chlorhydrate de quinine avec analgésine. » M. Cordillot, médecin aide-major de 1re classe au 5e chasseurs d'Afrique, à Orléansville (Algérie) : « Relation d'une épidémie d'ictère observée au 5e chasseurs d'Afrique. » M. Tostivint, médecin aide-major de 1re classe au 157e d'infanterie, à Lyon : Des évacuations et des moyens de transport des blessés en guerre de montagne. Description d'un nouveau brancard de montagne. »

Les Chiens ambulanciers.

Voilà les chiens dans les ambulances! En effet, d'après une information que reçoit un de nos confrères, on peut voir, depuis quelque temps, circuler dans les rues du village de Le-

spécial, s'adresser à M. le Dr Simon, professeur à la Faculté de Médecine, 15, rue de la Ravinelle, Nancy.)

chensch, près de Cologne, un véritable bataillon de chiens que leur maître dresse pour le service des ambulances en vue des prochaines grandes manœuvres allemandes. Chaque animal porte sur son dos une petite selle munie de poches contenant tout ce qu'il faut pour opérer un premier pansement provisoire, ainsi qu'une gourde remplie d'eau-de-vie. On apprend aux chiens à reconnaître les blessés et à se baisser vers eux pour leur permettre, en attendant les brancardiers, d'étancher leur soif et de soulager un peu leurs souffrances. Une grande croix rouge est marquée sur la selle, et des bretelles de cuivre servent à fixer sur la croupe de l'animal, une petite lanterne à réflecteur qu'on allume pour le service de nuit. Les chiens ambulanciers ont déjà figuré aux manœuvres allemandes l'année dernière, où leur utilité a été reconnue; aussi, cette année, leur initiateur a-t-il été chargé de dresser, à cet effet, toute une meute. Il a choisi des chiens écossais de taille moyenne, dont l'intelligence et la docilité à apprendre sont, en effet, remarquables.

Les désinfecteurs infecteurs.

M. Roulin a communiqué récemment à la *Société de Médecine pratique* (1) le fait suivant.—Un enfant atteint de scarlatine légère est gardé à la chambre quarante jours ; puis on procède à la désinfection de l'appartement par une équipe municipale. Deux jours après, l'enfant présente une plaque reconnue *diphtérique* sur une amygdale. M. Roulin ne doute pas que les désinfecteurs n'aient apporté cette nouvelle maladie, l'enfant n'ayant été approché par personne autre, et lui-même n'était pas retourné dans la maison depuis trois semaines. A cette occasion, M. Bardet a affirmé, après expérience, que la désinfection par pulvérisation, procédé adopté par la ville de Paris, donne des résultats illusoires. (*Gaz. méd. de Paris*).

Où est la vérité ? Si M. Bardet a raison, il faut absolument procéder dès aujourd'hui d'une façon plus rationnelle et plus efficace.—Nous croyons devoir en tous cas attirer sur ces faits très importants l'attention de l'administration compétente. M. B.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 20. — M. Sigaut. Contribution à l'étude médicale des sénéçons. Action emménagogue. — M. Virely. Contribution à l'étude du cancer de la verge. M. Ortiz. Contribution à l'étude des fractures du corps du tibia. — M. Goujon. Contribution à l'étude sur l'ictère de la période secondaire de la syphilis acquise. — M. Petitpas. De l'indicanurie. Etude pathogénique et séméiologique. Valeur clinique. — M. Gamblin. Du traitement ioduré dans les affections des voies respiratoires. — M. Chaix. Traitement de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme par les tiges d'Ichthyol. M. Vernhes. Du scorbut infantile compliqué ou non de rachitisme. Maladie de Barlow. — M. Siou. Contribution à l'étude de l'hydramnios, dite aiguë, et de son traitement. — M. Monsiorski. Etude historique sur l'insertion vicieuse du placenta. — M Clavaud-Ribourgeon. Hydropsie de l'amnios dans les grossesses gemellaires. — M. Floersheim. Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate. — M. Dassonville. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate. M. Sassier. Des bruits subjectifs de l'ouïe. — M. Touillon. De la castration double dans l'hypertrophie de la prostate.

Mardi 21. — M. Boudaut. Le tétanos et la sérumthérapie. — M. Gaudeffroy. Essai sur la coxalgie fistuleuse de l'enfant. — M. Parizeau. L'arthrite blennorrhagique aiguë et son traitement par l'arthrotomie précoce. — M. Poitout. Contribution à l'étude du chancre syphilitique des paupières. — M. Piaget. Etudes sur les divers moyens de défense de la cavité nasale contre l'invasion microbienne. — M. Thomas de la Plesse. Etudes sur quelques cas d'adénopathie trachéo-bronchique hérédo-syphilitique. — M. Ladevie. Le traumatol. Ses propriétés antiseptiques et thérapeutiques. — M. Billard. Traitement de la sciatique par la méthode hypodermique. — M. Favre La docimasie pulmonaire Rôle de la putréfaction du poumon. Etude médico-légale. — M. Chassy. De l'angine variolique. Sa valeur diagnostique et pronostique. Conclusions basées sur 819 observations personnelles. — M. de Caze. Etude clinique sur la gangrène pulmonaire consécutive à la grippe. — M. Landel. Contribution à l'étude clinique de la méningite tuberculeuse de l'adulte. — M. Riffe. Le typhus exanthématique à Paris en 1894. — M. Choppin. De la perforation dans l'ulcère latente de l'estomac. — M. Labat de Lambert. Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de l'épilepsie.—M. Sauné. L'hémoptysie des pneumoniques M. Lecœuvre. De l'héméralopie. — Sur une épidémie d'héméralopie avec xéropsis épithélial (Etude séméiotique). — M. Prévost. Contribution à l'étude de la prothèse osseuse, os décalcifié, plombage, prothèse proprement dite. — M. de Castro Medeiros. De la greffe de Thiersch. — M. Bossan. Contribution à l'étude clinique et expérimentale de l'ammoniurie. — M. Masson Etude historique, clinique et thérapeutique de la dyspnée tonique. — M. Sangline. Contribution à l'étude de l'hépatoptose. — M. Amelin. Maladie de Landres-Beauvais chez l'enfant. Rhumatisme chronique. — M. Lévy (Armand). Du traitement des tuberculoses locales en général et de la coxalgie fistuleuse en particulier.

Mercredi 22. — M. Melo. Cardiopathies valvulaires et névroses. — M. Samways. Rôle de l'oreillette gauche, notamment dans le rétrécissement mitral. — M. Bernard. Bruits du cœur dans la fièvre typhoïde. — M. Michailovitch. Traitement de la coqueluche par le bromoforme. — M. Espinat. Contribution à l'étude des iridio-choroïdites métritiques. — M. Ricapet. Contribution à l'étude de la noix d'Arec. — M. Bensa. De l'extirpation totale de la vessie pour cancer. — M. Dantan. Des différents procédés de massage dans le traitement de l'otite moyenne chronique. — M. Causeret. L'airol en thérapeutique et principalement dans la blennorrhagie. — M. Gaultier. De la pneumococcie pharyngée. — M. Burais. Applications de la photographie à la médecine. — M. Barasch. Influence dystrophique de l'hérédité syphilitique. — M. Le Même. De l'hydarthrose intermittente et de son traitement chirurgical. — M. Caroli. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la névralgie faciale. — M. Pourtier. Du prolapsus de la muqueuse urétrale chez la femme. — M. Eisberg. Contribution à l'étude des tuberculoses chirurgicales processus tuberculeux et sa curabilité. — M. Darnal. Dégénérescence et responsabilité pénale. — M. Fournier. Origine microbienne de la lithiase biliaire. — M. Dongradi. Considérations sur la topographie du zona. — M. Le Dard. La paralysie faciale dans le tétanos céphalique. — M. Darteyre. Le lysol. Ses propriétés antiseptiques, thérapeutiques et désinfectantes.—M. Berg. Contribution à l'étude des nerfs et de la moelle chez les amputés.—M. Rueda. Association de l'hystérie avec les différentes maladies. — M. Zachiariadès. Existence des cellules ganglionnaires dans les racines antérieures sacrées de l'homme. — M. Dorison. Rhinite hypertrophique. — M. Golspiegel. Spermathorrhée neurasthénique. — M. Lemariey. — De l'otite moyenne aiguë. — M. De Combes. Cure radicale de la hernie inguinale par la méthode sclérogène. Résultats immédiats. — M. Bertrand. De la luxation incomplète, récidivante et volontaire du genou, consécutive à la déchirure des ligaments croisés. — M. Bès. Contribution à l'étude des kystes synoviaux des doigts d'origine rhumatismale. — M. Guillemonat. Recherches anatomo-pathologiques et expérimentales sur la teneur en fer du foie et de la rate. — M. Joteyko. La fatigue et la respiration élémentaire du muscle. — M. Beretta. De la sérothérapie dans les néoplasmes. M. Chevrolle. Traitement de la tuberculose testiculaire. — M. Le Lionnais. Quelques considérations sur les difficultés du diagnostic des tumeurs de l'hypocondre droit formées par la vesicule biliaire. — M. Dominé. Etude critique sur les progrès réalisés dans le traitement de la blennorrhagie urétrale chez l'homme. — M. Fortin. Valeur diagnostique des malformations dentaires observées chez les hérédo-syphilitiques. M. Dupaigne. Opothérapie surrénale chez les addisoniens. M. Delannoise. Considérations cliniques sur la période préruptive de la varicelle. — M. Leclerc. Des moyens simples à employer pour éviter la tuberculose.

Jeudi 23. — M. Finet. De la valeur curative et palliative de l'exérèse dans le cancer du rectum. — M. Mignot. Recherches expérimentales et anatomiques sur les cholécystytes. — M. Deréguaucourt. Lipomes de la langue. — M. Archambault. De la polydactylie au point de vue héréditaire : coïncidence des malformations avec les tares névropathiques. — M. Espagnac. Etude sur la phlébite blennorrhagique. — M. Fuchs. Traitement de la migraine par le bromure de potassium. — M. Alardo Contribution à l'étude des formes atypiques du favus. — M. Coutaud. Dystrophie papillaire et pigmentaire ou Achantosis nigricans. Ses relations avec la carcinose abdominale. — M. Richelet. Du bassin généralement rétréci au point de vue obstétrical. — M. Bidan. De l'insuffisance hépatique. — M. Ayné. Contribution à l'étude de l'hypertrophie de l'amygdale. — M. Le François. Exposé des méthodes thérapeutiques employées dans le traitement de la tuberculose pulmonaire — M. Pierrot. Sur la méthode statistique et son emploi dans les sciences médicales. — M. Poirrier. Sur une période des épidémies d'oreillons dans les pensionnats de jeunes garçons et ses rapports avec la période d'incubation.— M. Praud. Troubles névropathiques consécutifs à l'ablation de l'utérus et annexes. — M. Sorre. Séméiologie des déformations digitales. — M. Moutin Le diagnostic de la suggestibilité. — M. Houdinet. Hémoptysie et dilatations bronchiques. — M. Guérin (E.) L'entéroclyse dans les diarrhées infantiles. — M. Guérin (J.) De la température dans la coqueluche. — M. Laroche. Contribution à

(1) Séance du 18 juin 1896.

l'étude de l'inclusion des kystes dans les ligaments larges. — M. Frey. De l'utilité du curettage précoce comme moyen thérapeutique et prophylactique dans les rétentions intra-utérines de débris placentaires ou membraneux. — M. Claret. Des tumeurs kystiques intra-pelviennes secondaires à l'hystérectomie vaginale. — M. Frappier. Vaisseaux sanguins de l'utérus. Des différents procédés d'hémostase dans les hystérectomies.

VENDREDI 24. — M. Joly. Des accidents laryngés et particulièrement de la sténose glottique dans l'adénopathie trachéo-bronchique. — M. Macé. Étude sur les érythèmes pneumoniques (Rash pneumonique de Cadet de Gassicourt) chez l'enfant. — M. Gagey. Contribution à l'étude de l'hémoglobinurie (Un cas d'hémoglobinurie continue au cours d'un Xéroderma pigmentosum). — M. Paumelle. Recherches sur le pouls dans la pneumonie franche des enfants, principalement pendant la convalescence. — M. Paté. Essai d'études cliniques sur le traitement de l'injection puerpérale par les injections de sérum antistreptococcique et les injections intra-veineuses d'eau salée. — M. Rousseau. Tractions rythmées de la langue et insufflation dans l'asphyxie des nouveau-nés. — M. Picou. De la situation normale de la rate par rapport à la paroi thoracique chez l'homme adulte. — Boullenger. De l'action de la glande thyroïde sur la croissance. M. Pigeonnat. Contribution à la thérapeutique chirurgicale des gros fibromes utérins (hystérectomie abdominale). Méthode rétropéritonéale. M. Vezinat. De la blennorrhagie ascendante chez la femme. — M. Bassaget. De l'hydrocystome. (Contribution à la pathologie des glandes sudoripares. — M. Marmier. Les toxines et l'électricité. — M. Forestier. De la gangrène par artério-sclérose et de son traitement. — M. Piedvache. De la néphrolithotomie comme traitement de la lithiase rénale en particulier dans les petits calculs du rein. — M. Chapard. Des déformations thoraciques et des dérivations rachidiennes.

M. Monjoin. Traitement de la pneumonie par la digitale à haute dose. — M. Lachouille. Étude comparative de l'ostéotomie et de la résection dans les ankyloses du genou, consécutives à des tumeurs blanches chez l'enfant. — M. Brinon. Des hydronéphroses congénitales et des dilatations congénitales de l'uretère. M. Dubé. De la grossesse et de l'accouchement chez les primipares. — M. Lemere. Sur l'hémorrhagie du cordon ombilical.

M. Laran. Traitement de l'infection puerpérale par le sérum de Marmorek. — M. Balland. De l'influence du saturnisme sur la marche de la grossesse, le produit de la conception et de l'allaitement. — M. Dubost. Etude sur les complications scepticémiques et pyémiques des angines aiguës non diphtéritiques.— Mlle Tzéytline. Cirrhose syphilitique héréditaire tardive. — M. Ecart. Quelques observations de paralysie générale de longue durée. — M. Ricordeau. Contribution à l'étude des délires septiques.

SAMEDI 25. — M. Peyrichon. Etudes sur les hygromas des bourses séreuses de la face antérieure du genou. — M. Rabiner. Contribution à l'étude clinique du mutisme et du bégaiement chez les hystériques. — M. Mauvais. Essai sur les pleurésies parapneumoniques. — M. Dupont. Traitement et pathogénie de certaines tumeurs douloureuses du rebord alvéolaire consécutives à l'extraction des dents vivantes.

FORMULES

Congestion du foie.

Bryonine . . . . 0 gr. 10 centigr.
Sucre de lait . . . . 4 grammes.
Gomme arabique . . . . . . 1 —
Sirop simple . . . . Q. S. pour faire 100 granules.

Prendre 1 granule toutes les deux heures jusqu'à évacuation alvine suffisante chez les individus vigoureux et habituellement sujets à une constipation rebelle, on peut augmenter cette dose de 1 à 2 granules.

Crayon médicamenteux pour le traitement des vaginites.
M. W.-H. WALLING.

Acétanilide . . . . . 5 grammes.
Tannin . . . . 0 gr. 50 centigr.
Extrait de jusquiame. . . 0 gr. 25 —
Sucre de lait pulvérisé. . 10 grammes.

Mêlez. Pour un suppositoire vaginal.

On a soin d'enduire le suppositoire avec de la vaseline avant de le placer dans le vagin. (*Sem. méd.*).

Mixture contre les vomissements repétés de l'appendicite.
— M. A. PICK.

Menthol . . . . 0 gr. 50 cent.
Cognac. . . . . 40 grammes.
Teinture d'opium . . . . . . 10 —

Mêlez. — Prendre plusieurs fois par jour dix à vingt gouttes de cette mixture dans un peu d'eau sucrée.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 28 juin au samedi 4 juillet 1896, les naissances ont été au nombre de 1.015, se décomposant ainsi: Sexe *masculin* : légitimes, 368 ; illégitimes, 134, Total, 504. — *Sexe féminin* : légitimes, 368; illégitimes, 144. Total, 512.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 28 juin au samedi 4 juillet 1896, les décès ont été au nombre de 808, savoir: 434 hommes et 374 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 1, T. 3. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 0, F. 0, T. 0. — Scarlatine : M. 4, F. 4, T. 8. — Coqueluche : M. 2, F. 5, T. 7. — Diphtérie, Croup : M. 3, F. 6, T. 9. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 119, F. 71, T. 190. — Méningite tuberculeuse : M. 17, F. 5, T. 22. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 15, T. 30. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 7, T. 7. — Tumeurs malignes : M. 11, F. 43, T. 54. — Méningite simple : M. 1, F. 6, T. 7. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 17, F. 11, T. 28, — Paralysie, M. 1, F. 6, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 7, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 26, F. 11, T. 37. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 3, T. 6. — Bronchite chronique : M. 6, F. 10, T. 16. — Broncho-pneumonie : M 11, F. 7, T. 18. — Pneumonie : M. 22, F. 16, T. 38. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 13, F. 7, T. 20. — Gastro-entérite, biberon : M. 28, F. 25, T. 53. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 2, T. 5. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 4, F. 3, T. 7. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 10, T. 10. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 17, F. 12, T. 29. — Sénilité : M. 7, F. 19, T. 26. — Suicides : M. 15, F. 4, T. 19. — Autres morts violentes : M. 6, F. 6, T. 12. — Autres causes de mort : M. 74, F. 44, T. 118. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 1, T. 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 87, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 29, illégitimes, 19. Total : 48. — *Sexe féminin* : légitimes, 23, illégitimes, 16. Total : 39.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — M. Deandreis, sénateur de l'Hérault, a déposé sur le bureau du Sénat une proposition de loi ayant pour objet de décider qu'aucune Faculté nouvelle ne pourra être créée autrement que par une loi.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Stage Hospitalier*. — Le classement des stagiaires pour l'année scolaire 1896-1897 (du 1er décembre 1896 au 15 juin 1897) aura lieu les 3, 5 et 6 novembre 1896, de neuf à onze heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté. Les stagiaires ne changeront pas de service au mois de mars 1897. Seront inscrits d'office sur la liste des stagiaires, MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'année scolaire 1896-1897, et qui auront pris l'inscription de juillet 1896 à la Faculté de médecine de Paris, savoir : huitième ou douzième (régime de 1878), quatrième (régime de 1893). Sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires et avant le 15 octobre 1896, MM. les étudiants, soumis au stage, qui n'auraient pas pris d'inscription en juillet 1896 (comme il est indiqué ci-dessus) ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou Ecole des départements (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Nous tenons d'une source très autorisée que le médecin qui doit être chargé du cours de *Laryngologie, Otologie et Rhinologie* à la Faculté est M. le Dr CASTEX, ancien prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris, un de nos plus jeunes spécialistes.

FACULTÉ DE MEDECINE DE BORDEAUX. — Sont nommés chefs de clinique : MM. les Drs Dubourg (*clinique médicale*); Fieux (*clinique obstétricale*). — M. le Dr Guérin est nommé chef-adjoint de clinique médicale.

SERVICE DE SANTE MILITAIRE. — *Armée active*. — Promotions au grade de médecin principal de 2e classe : M. Michaud. Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Gorsse, Masson, Legrand, Salètes, Lazare, Darde et Jouanno. Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Janicot, Mignon, Sabatier, Ducurtil, Robert et Vigerie.

Réserve. — Nominations au grade de médecin-major de 2e classe : M. Puech, médecin-major de 2e classe de l'armée active, démissionnaire.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Le médecin de 1re classe

Bastier, du 5e régiment d'infanterie de marine est désigné pour accompagner 200 tirailleurs haoussas qui partiront du Dahomey pour Madagascar dans la première quinzaine du mois d'août prochain. M. Bastier prendra passage sur le navire affrété *Pérou*, qui fera route de Marseille pour Kotonou le 20 juillet courant.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de Médecine de Parme.* — Sont nommés privatdocenten : MM. les Drs C. Verdelli (*médecine*); B. Pozzoli (*obstétrique et gynécologie*). — *Faculté de Médecine de Tubingue.* — M. le Dr Otto Sarwey est nommé privatdobent d'obstétrique et de gynécologie. — *Faculté de Médecine de Turin.* Sont nommés privatdocenten : MM. les Drs A. Cesaris-Demel (*anatomie pathologique*) : C. Corradi (*otologie, laryngologie et rhinologie*).

COLLÈGE ROYAL DE CHIRURGIE DE LONDRES. — Sir William Mac Cormac, auteur d'un ouvrage classique sur la *Chirurgie antiseptique* et des *Souvenirs d un médecin d'ambulance*, a été élu hier président de Collège royal de chirurgie de Londres. Sir William Mac Cormac, qui est d'origine irlandaise, a servi dans l'état-major médical de l'armée française pendant la guerre de 1870. Il est médecin de l'hôpital français de Londres et officier de la Légion d'honneur.

SERVICE MILITAIRE DES ETUDIANTS EN MÉDECINE. — Les candidats à l'internat, désirant obtenir un sursis pour la période de 28 jours qu'ils devront accomplir au mois de septembre prochain, devront adresser leur demande au Ministre de la Guerre. Celles-ci devront être envoyées, avant le 15 juillet, à la salle de garde de l'Hôtel-Dieu, annexe 33, rue de la Bûcherie, pour être portées toutes ensemble à M. le Dr Labbé, sénateur, qui les remettra directement au Ministre

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés à l'occasion du 14 Juillet, dans l'ordre de la *Légion d'Honneur :*

Marine. — *Officiers* : MM. l'Inspecteur de la marine Merme ; le médecin en chef de la marine Manson.

Guerre. — *Chevaliers :* MM. Kinsbourg, médecin à Remiremont ; Millet, médecin à Montmorency. Parmi les chevaliers, nous signalerons encore celle de MM. Laffite, médecin-major de 1re classe à Epinal ; Jacquet, médecin-major de 1re classe, blessé comme franc-tireur du corps franc des Vosges dans un combat livré devant Bruyères par le commandant Bourras.

Officiers : MM. Cluzan, médecin-major de 1re classe à Rennes ; Laurent, médecin-major de 1re classe au camp de Châlons ; Huchart, médecin-major de 1re classe au 21e d'artillerie; Du Cazal, médecin principal de 1re classe à l'Ecole d'application du service de santé ; Burcker, pharmacien principal de 1re classe à l'Ecole d'application du service de santé.

Colonies. — *Officiers* : M. Grall, médecin en chef de 1re classe des colonies. — *Chevaliers* : MM. Pottier, pharmacien principal des colonies ; Hourdillé, infirmier-chef de 2e classe des colonies.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Hôpitaux d'Enfants.* — Une somme de 21,500 francs a été votée par le Conseil municipal de Paris, sur le rapport de M. Lucipia, pour le concours relatif à la construction de deux nouveaux hôpitaux d enfants.

Médecins des Hôpitaux. — Sont nommés au concours, médecins des hôpitaux de Paris MM. les Drs LESAGE, DE GENNES et COURTOIS-SUFFIT.

Bains externes pour les indigents à l'Hôpital Beaujon. — Est renvoyée à l'administration une proposition de M. Bompard, au Conseil municipal de Paris : tendant à organiser à l'hôpital Beaujon un service de bains externes pour les indigents.

Hôpital Cochin. — Sur le rapport de M. Dubois, présenté au Conseil municipal, au nom de la 5e commission, un crédit de 138,000 francs a été affecté à la reconstruction du service des morts à l'hôpital Cochin.

Hospice des Enfants-Assistés de Paris. — Au Conseil municipal de Paris, M. Paul Strauss a donné connaissance de son rapport, au nom de la 5e commission, sur la création d'un nouveau lazaret à l'hospice des Enfants-Assistés. Le lazaret actuel est un lieu nuisible et dangereux et la création du nouveau aura l'avantage de faire disparaître d'affreuses masures. La dépense devrait être imputée sur la somme de 44 millions provenant de bonis. Après un long débat sur l'imputation de la dépense qui s'élève à ...,000 francs, le crédit a été ajourné, d'accord avec Paul Strauss et M. Grébauval, rapporteur général du budget, étant entendu qu'au 31 octobre prochain le Conseil aura pris un parti sur la répartition des bonis et sur l'ordre d'urgence au point de vue de l'exécution par rapport aux disponibilités.

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — M. le Dr CHAVANNAZ est nommé, après concours, chirurgien-adjoint des hôpitaux.

L'INDUSTRIE DES PLACEMENTS D'ENFANTS A LONDRES. — Un médecin passionné pour les enfants a imaginé à Londres de faire insérer dans un journal une annonce, où il était parlé de son désir d'adopter un enfant en bas âge. Les réponses qui lui sont parvenues en disent long sur la cupidité de certains parents. Tout d'abord, le médecin reçut des lettres émanant visiblement d'escrocs, qui lui offraient des enfants moyennant l'envoi préalable de quelques shillings. Bientôt arrivèrent les lettres sérieuses. La plupart de ces réponses sont extraordinaires. Le médecin, auteur de cette enquête, a reçu enfin un nombre considérable de lettres adressées par des intermédiaires complaisants, par des commissionnaires en enfants vivants, par des marchands de chair humaine. De sinistres courtiers l'interrogeaient sur ses goûts, sur ses préférences quant au sexe et à la carnation, et s'engageaient à lui fournir pour ainsi dire un baby sur commande. Une dame lui a envoyé des photographies, pour choisir. La revue qui publie ce dossier annonce l'envoi des pièces au secrétaire d'Etat pour l'intérieur. Il faut espérer, dit le *Temps*, que cette démonstration, jointe à toutes celles qui ont précédé, engageront enfin les pouvoirs publics à activer la réforme d'une législation qui tolère un si monstrueux trafic.

ŒUVRE DES ENFANTS TUBERCULEUX. — Par décret, le secrétaire général de l'Œuvre des Enfants Tuberculeux, ayant son siège à Paris, est autorisé à accepter le legs à titre universel fait au profit de cette œuvre par M. Henri-Marie-Eugène Marolleau et consistant dans la nue propriété des immeubles du testateur, ledit legs représentant un actif net de 202,966 fr. 54.

ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS. — Par décret, le directeur de l'Assistance publique à Paris est autorisé à accepter le legs fait par Mme veuve de Courval, née Hélène Bibesco, et consistant en une somme de 10,000 francs pour être distribuée aux pauvres.

L'HYGIÈNE A PARIS. — *Eaux et égouts.* — Au Conseil municipal de Paris, M. Landrin a fait approuver dans la limite d'une dépense de 700,000 francs pour plan de campagne de construction d'égouts neufs, de bassins filtrants et d'améliorations diverses nécessitées par l'application du tout-à-l'égout. Le même rapporteur a fait autoriser à titre d'essai, pendant quatre mois, l'installation à l'usine de Saint-Maur d'un système de filtre pouvant stériliser 5,000 mètres cubes d'eau par vingt-quatre heures.

EMPOISONNEMENT SURAIGU PAR L'ABSINTHE. — « Parions que j'absorberai sans répit un demi-litre d'absinthe, dit B..., un buveur à un ami. — Tenu! dit l'autre. » B... a gagné son pari, car il a bu l'absinthe. Mais à peine a-t-il eu fini qu'il tomba sur le sol, en proie à une furieuse attaque d'épilepsie. Transporté à l'hôpital Beaujon, B .. y est mort, après de terribles souffrances.

CHOLÉRA. — *Egypte.* — D'après une statistique de l'épidémie cholérique, publiée par le *Times*, il y aurait eu en Egypte du 25 juin au 1er juillet 1,479 cas, sur lesquels, 1,170 décès ; du 2 au 8 juillet, 2,506 cas avec 2,033 décès. On voit donc que le mal gagne du terrain, que la mortalité s'aggrave tous les jours et que le déplacement des troupes pour l'expédition du Soudan est une des causes de la diffusion et de l'aggravation de l'épidémie.

MONUMENT PASTEUR A ALAIS. — Le Conseil municipal d'Alais, le 10 juillet, a voté une somme de 25,000 fr., destinée aux fêtes qui seront données lors de l'inauguration des monuments Pasteur et Florian, fixée aux premiers jours d'octobre.

UNE STATUE A PASTEUR A LILLE. — Le Conseil municipal de Lille a accepté la maquette du monument Pasteur qui sera érigé place Philippe-le-Bon, sur l'emplacement occupé actuellement par un jet d'eau. Cette place est le centre du quartier des Ecoles. La maquette et les plans du monument Pasteur sont l'œuvre de MM. Cordonnier, statuaire, et Cordonnier, architecte. Il coûtera 60,000 fr. qui ont été recueillis par une souscription publique.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — Le 20 mars dernier, les murs de Saint-Laurent-sur-Gorre étaient couverts d'affiches annonçant l'arrivée de la prétendue célébrité médicale de la Faculté de médecine de Paris, M. le Dr Benjamin-Jean-Baptiste-Victor Guéry. Ce fameux médecin s'est vu condamner par le tribunal correctionnel de Rochechouart à 1,000 francs d'amende et aux dépens avec application de la contrainte par corps, pour exercice illégal de la médecine et usurpation du titre de docteur. Le procureur de la République, ayant reçu de nombreuses plaintes pour homicide, va être obligé d'introduire une nouvelle affaire qui ne manquera pas d'être intéressante.

SOUSCRIPTION WOICIKOWSKY. — *Mise en place du Monument commémoratif.* — Le monument élevé à la mémoire du docteur WOICIKOWSKY, qui a réussi en France en 1844 la première ovariotomie, est actuellement en place au cimetière de Dijon. Sous l'influence du Dr Rolland, oculiste à Toulouse, une souscription a été ouverte. La Société de Chirurgie de Paris, la Société des Sciences médicales de la Côte-d'Or et de nombreux médecins français et étrangers ont permis l'érection du monument sur un terrain concédé par la ville de Dijon. Une pyramide de granit avec une inscription perpétuera le souvenir du médecin de campagne

qui, le premier, a su mener à bien une ovariotomie à une époque où les chirurgiens éminents obtenaient de mauvais résultats dans leurs interventions. Dr BROUSSOLLE.

LA DÉFENSE CONTRE LES MOUSTIQUES. — Dans le Haut-Canada, les bisons sont tellement tourmentés par les moustiques qu'ils passent la majeure partie de l'été dans l'eau ne laissant émerger que leurs narines juste ce qu'il faut pour respirer. Le Lapon pour leur échapper se cloître dans sa hutte enfumée, le Hottentot se frotte le corps de graisse, les naturels de l'Amérique du Sud se teignent à l'ocre rouge, tandis que, dans l'Afrique australe, les nègres se condamnent à reposer juchés sur des perchoirs, au-dessus de grands feux de branchages, et se laissant fumer comme des jambons, pour éviter leurs incessantes piqûres. Pour s'en préserver, dans les pays civilisés, on entoure les lits de *moustiquaires* (enveloppes de gaze ou de mousseline claire), et il faut bien se garder de conserver de la lumière dans les chambres à coucher. Le jus de citron et le vinaigre apaisent quelque peu la piqûre de ces êtres.

UN SAPEUR DOCTEUR EN MÉDECINE. — Dernièrement, un soldat, *sapeur de deuxième classe* au 2e régiment du génie à Montpellier, a soutenu devant la Faculté de Médecine de cette ville, sa thèse de doctorat. C'est la première fois, de mémoire d'examinateur, qu'un simple troupier du génie (les soldats de cette arme étant surtout recrutés parmi les artisans) se présente pour passer cette épreuve scientifique et se voit par conséquent honoré « du Dignus intræ. » (*Rev. méd.*).

LES MÉDECINS VIENNOIS ET L'ASSURANCE CONTRE LA MALADIE. — Un grand nombre de sociétés et de caisses mutuelles ouvrières de Vienne ont pris la résolution d'assister leurs membres contre la maladie. Si cette règle s'étend, c'est la ruine d'un grand nombre de médecins, qui exercent dans les quartiers populeux. En conséquence, le comité central des sociétés médicales viennoises a décidé de mettre tout en œuvre pour combattre l'extension des assurances contre la maladie parmi les sociétés ouvrières. (*Rev. méd.*).

LA BATELLERIE ET LE TRANSPORT DES BLESSÉS MILITAIRES. — On sait que l'on a prévu l'évacuation des blessés par les rivières et les canaux, ce qui permettrait d'utiliser un matériel considérable, facile à aménager et à aérer et évitant aux malades les secousses de la voie ferrée. Des expériences furent faites à Vitry pendant les manœuvres de 1891 au moyen d'appareils de suspension dûs à des médecins militaires. Mais ces appareils ne sont pas toujours sur place ; il a donc fallu chercher un appareil de fortune permettant d'aménager rapidement les péniches qui circulent sur nos canaux. Des poutrelles, des cordes, des clous, un charpentier et deux aides suffisent à transporter en deux heures un grand chaland avec 40 ou 50 couchettes. Le service de santé vient de publier une notice avec plans à l'appui permettant aux médecins de diriger une installation de ce genre.

LES AMBULANCIERS CYCLISTES. — Nous avons, plus haut, signalé le dressage des chiens ambulanciers. Voici maintenant, d'après ce que rapporte la *Revue scientifique*, que M. le Dr allemand Hœnig a imaginé et préconisé des cyclistes ambulanciers, avec une voiture spéciale. La voiture-ambulance en question consiste en un véhicule à cinq roues sur les essieux duquel repose un cadre mobile muni d'un toit léger en toile. Deux selles, placées à l'avant et à l'arrière, reçoivent des cyclistes qui actionnent la voiture et sa charge, jouant tout à la fois le rôle de chevaux et de conducteurs. C'est le train des équipages réduit, comme diraient les mathématiciens, à sa plus simple expression. Le promoteur prétend que le blessé est ainsi transporté à l'ambulance avec une rapidité extrême, sans secousses, sans accident, à la condition que les routes ne soient pas trop mauvaises. — Là est le point noir.

HYPNOTISME et VOL. — Le recorder John W. Goff, de New-York, a été récemment bien embarrassé. On lui amena un jour un nommé Macdonald, accusé d'avoir commis un vol avec effraction dans une maison de la ville, d'où l'avaient vu sortir une quantité de témoins dignes de foi. Mais à l'heure même où son corps se livrait à cette coupable opération, Macdonald se trouvait en état de *sommeil hypnotique* dans une salle de conférence où le professeur Wein présentait cet intéressant sujet à un auditoire de curieux. On juge de la surprise du magistrat, qui ne peut contester la validité de cet alibi... psychique ; mais on ne peut, d'autre part, récuser les témoignages produits contre Macdonald. M. Goff a prudemment ajourné cette curieuse affaire, sur laquelle il veut consulter un certain nombre de savants et d'expert en occultisme. Le professeur Wein lui-même ne doute pas que les deux Macdonald, le voleur et l'endormi, soient un seul et même homme dédoublé.

ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE DUE A L'INFECTION DU SOL. — Le Dr Vogt, médecin inspecteur de l'armée allemande, étudie, dans le *Münchener medicinische Wochenschrift*, l'étiologie de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur la garnison de Passau. La ville était alimentée par une eau très défectueuse et avait un système d'égoûts fort imparfait, lorsqu'en 1890 la municipalité fit un vigoureux effort et remédia complètement à cet état de choses. La fièvre typhoïde disparut et on n'en compta plus aucun cas jusqu'au mois de mai 1895, époque où commença l'épidémie nouvelle décrite par Vogt.

L'ESPRIT DE JADIS. — Le roi Louis chassant à la Muette avec une partie de la cour, une dame fut prise des douleurs de l'accouchement. « Qui est-ce qui l'accouchera ? demanda le roi. — Moi, sire, dit la Peyronie ; j'ai accouché autrefois. — Oui, dit Mlle de Charolais fort effarée, mais cela demande de la pratique et peut-être n'êtes-vous plus au fait ? — Oh ! ne craignez rien, riposta La Peyronie vexé, on n'oublie pas plus à les retirer qu'à les mettre. »

NÉCROLOGIE. — M. le Dr EMERY (de Lyon). — M. le Dr DE VISSCHER, professeur de médecine légale à la Faculté de Médecine de Gand. — M. le Dr Ch. RALFE, ancien lecteur d'hygiène à l'Ecole de Médecine de London Hospital. — M. le Dr BENCZUR, docent de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Budapest. — M. le Dr Th. LAMB, professeur de médecine au Medical Department of the University of Georgia d'Augusta. — M. le Dr C.-O. CURTMAN, professeur de chimie médicale au Missouri Medical College de Saint-Louis.

Chronique des Hôpitaux.

LA MATERNITÉ (119, boulevard de Port-Royal, faubourg Saint-Jacques). — M. le Dr Pierre BUDIN, accoucheur en chef. Enseignement clinique, le jeudi à 9 h. 1/2.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. CHAPUT : Consultations pour les *affections chirurgicales de l'abdomen.* Maladies du tube digestif. Maladies des femmes, tous les lundis, à 10 heures. — *Asile-Ecole des enfants idiots, arriérés et nerveux.* M. BOURNEVILLE reçoit les médecins le *samedi*, à 9 h. 1/2.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Auguste VOISIN. Leçons cliniques tous les jeudis, à 10 heures (section Rambuteau), leçon sur les maladies mentales et nerveuses.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MÉDICAL*

RECHERCHES CLINIQUES & THÉRAPEUTIQUES

SUR

l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie

Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'**année 1895;**

Par BOURNEVILLE

Avec la collaboration de MM. BONCOURT, COMTE, DARDEL, DUBARRY, LERICHE, LOMBARD, J. NOIR, PILLIET, RUEL, SOLLIER et TISSIER, internes ou anciens internes du service.

Tome XIV. Un beau volume in-8° de LXXI-254 pages, avec 31 figures et 8 planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCCr), RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IV. N° 30. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 25 JUILLET 1896.

Le Progrès Médical

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Une nouvelle opération sur les voies biliaires : La Cysticotomie :

par Marcel BAUDOUIN, préparateur du Cours d'opérations à la Faculté de Médecine de Paris.

Définition. — On désigne aujourd'hui sous le nom de *Cysticotomie* (Kehr) l'incision du canal cystique, première partie des voies biliaires accessoires. C'est la *taille du Cystique*, comme la cholédochotomie est celle du cholédoque.

Elle est d'ailleurs beaucoup moins grave que cette dernière opération, étant donné le rôle accessoire du cystique dans la circulation de la bile, beaucoup moins compliquée en raison de la position plus superficielle de ce conduit qu'on atteint d'ordinaire sans trop de difficultés, et surtout d'une importance clinique beaucoup moindre, puisqu'il est à peine plus sérieux de réséquer ce cystique — et la vésicule biliaire y compris — que de l'inciser.

Et, si nous nous décidons à publier dès maintenant une rédaction peut-être prématurée, en tous cas certainement hâtive, de ce petit chapitre de la chirurgie du cystique, c'est plutôt pour répondre à une appréciation que nous lisions tout récemment dans la *Revue de Chirurgie*, que pour poser d'une façon définitive les règles opératoires et discuter les indications spéciales de cette intervention, qui parait encore très peu connue dans notre pays. M. Vautrin a écrit, en effet, ces jours derniers, dans l'article auquel nous faisons allusion : « ... Cette opération a été proposée par Hans Kehr, en 1894; mais je ne sache pas qu'elle ait été encore exécutée. » (1). — On verra plus loin que les choses sont beaucoup plus avancées...

Historique. — En réalité, l'idée de cette intervention appartient à Lindner (2), qui l'a exécutée le 4 juin 1891 pour des calculs biliaires, en la combinant avec la cholécystectomie, mais sans se rendre bien compte, à cette époque, de la portée et de l'intérêt de son opération. La conduite de ce chirurgien a été imitée en août 1892 par Kehr (3), qui, lui, a fait la *Cysticotomie proprement dite*, la *Cysticotomie typique* (4), sans réséquer la vésicule biliaire, après l'avoir incisée dans une intervention antérieure. Ces deux premières interventions furent couronnées de succès.

Deux mois plus tard, Hans Kehr (d'Halberstadt), ce petit chirurgien de province allemand (5), qui a une aussi grande expérience de la chirurgie biliaire que les plus célèbres opérateurs des Universités d'Outre Rhin, refit la même opération, en imitant cette fois tout à fait Lindner, c'est-à-dire en y ajoutant une cholécystectomie; ce qui d'ailleurs ne lui réussit pas et occasionna la mort de la malade.

Peu de temps après, Hans Kehr (1) publia un très intéressant mémoire sur le sujet, mémoire auquel il a donné le titre significatif suivant : « De l'ablation des calculs enclavés dans le cystique par l'incision de ce conduit », mémoire qui a été reproduit par un grand nombre de journaux allemands et dans lequel il cite quatre nouvelles observations (au total, six cas).

Depuis, le 2 mars 1894, notre excellent maître et ami, M. le Pr Thiriar (de Bruxelles) (2), a exécuté avec succès une autre cysticotomie; mais il y a ajouté la ligature du conduit.

Quelques mois plus tard, Greinffenhagen (3) a rapporté aussi un cas de cystico-lithectomie idéale (3), et enfin, en 1895, Scott (W.) (4) en a publié un autre. Il est probable qu'il existe d'autres observations dans la science ; mais nous n'en connaissons pas les indications bibliographiques précises (5).

Plusieurs auteurs, en particulier dans un cas R. Abbe, ont eu, au cours de cholécystectomies diverses, l'occasion d'inciser le cystique pour en extraire des calculs enchatonnés ; mais, comme ils ont ensuite enlevé la vésicule et le cystique, ils n'ont pas eu à recoudre l'incision qu'ils avaient faite à ce canal ; par suite ils n'ont pas fait réellement des Cysticotomies.

La Cysticotomie peut être *simple et idéale*, *Cysticotomie proprement dite*, ou être *complexe*, c'est-à-dire être exécutée après une cholécystectomie, une ligature du cystique ou une cholécystostomie, et parfois même ne pas devoir être mise en ligne de compte, quoique ayant été exécutée, par ce fait que le canal cystique a été ensuite enlevé avec la vésicule. Elle peut être aussi *primitive* ou *secondaire*.

Kehr et Martig (6) sont surtout ceux qui ont insisté sur sa valeur et son avenir. Et c'est Martig qui, le premier, dans son important travail, parait avoir consacré quelques lignes à la description didactique de cette intervention.

(1) Vautrin. — *De l'obstruction calculeuse du cholédoque*, in *Revue de Chirurgie*, 10 juin 1896, p. 460.

(2) Lindner. — *Ueber Operationen an der Gallenblase*; in *Berl. Klin. Woch.*, n° 11, 14 mars 1892, p. 240-241.

(3) Kehr (H.). — *Berl. Klin. Woch.*, 9 janvier, 16 janvier, 6 février 1893.

(4) C'est Kehr qui a créé le mot *Cysticotomie*.

(5) Kehr — *Loc. cit.* — Kehr a écrit par erreur que cette opération n'avait pas été faite avant lui.

(1) Kehr (H.). — *Die Entfernung des eingeklemmten Gallensteins aus dem Ductus cysticus durch Incision dieses Gangs*; in *Verh. d. deut. Gesellsch. f. Chir.*, Berl., 1894, XXIII, ii, 307-321. — *Berl. Klin. Woch.* 1894, XXXI, 536, 558. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1894, 619-633.

Kehr (H.). — *Zur Chirurgie der Gallensteinkrankheiten*; in *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1894, t. XXXVIII, p. 367.

(2) Thiriar. — *Contribution à la chirurgie des voies biliaires*; in *Gaz. heb. de Med. et de Chir.* 1894, 12 août, p. 387.

(3) Greiffenhagen (W.). — *Ein Fall von sogenannter « ideales » Cystico lithectomie*, in *St. Petersb. Med. Woch.*, 8 sept. 1894.

(4) Scott (W.). — *Gallstone impacted in the cystic duct removed by incising*; in *Brit. Med. Journ.*, Lond., 1895, juillet 20, n° 1803, 133.

(5) En effet, Langenbuch, au dernier Congrès des Chirurgiens allemands, au dire de la *Sem. Méd.*, juin 1896, a avancé que c'est Kuster qui le premier, a pratiqué la première [illegible]. Mais nous ne savons pas sur quel travail de Kuster il appuie cette affirmation, qui nous parait discutable, vu la date de l'opération de Lindner. En tous cas, nous n'avons pas retrouvé l'observation de Kuster.

(6) Martig. — Thèse, Bâle, 1893.

Au premier abord, on ne voit pas très bien pourquoi il peut être nécessaire d'inciser le cystique, quand la vésicule biliaire a été enlevée ou ouverte. On se figure, en effet, qu'il doit être aisé d'extraire les calculs de ce conduit, soit par l'orifice de section, soit par la plaie de la vésicule. En réalité, il n'en est pas ainsi. Certaines concrétions biliaires sont impossibles à déloger de l'origine du cystique plus ou moins rétréci, et il est beaucoup plus simple, ainsi que le démontrent les observations ci-dessous, au lieu de courir les risques de commettre des dégâts importants et de déchirer le canal, en s'efforçant de broyer au préalable le calcul, de l'inciser, d'extraire le corps étranger, puis de le suturer.

* * *

Nous croyons intéressant de rapporter d'abord *in extenso* les dix premières observations connues, dont l'intérêt a complètement échappé jusqu'ici à tous nos compatriotes. Nous publierons ultérieurement la traduction (1) de celles que nous découvrirons.

OBSERVATION I. — LINDNER (CAS I) (1891, 14 janvier). (Traduction *in extenso*).

Calcul du Cystique. Hydropisie de la vésicule biliaire. — Cholécystectomie partielle. CYSTICOTOMIE. — *Guérison* (2).

Femme, âgée de 26 ans, qui nous consulta pour des douleurs très vives. Cette femme, qui était absolument incapable de travailler, nous vint avec le diagnostic de son médecin : *Rein mobile à droite.*

Je trouvai bien le rein mobile, mais, à côté, reconnus la présence d'une tumeur en forme de poire, et de la grosseur d'un œuf d'oie. Cette tumeur était située sur le bord externe du m. rectus abdominis (droit). Elle diminuait à la partie supérieure, où elle pouvait être suivie jusqu'au foie. Elle était un peu sensible au toucher et extrêmement mobile dans toutes les directions. Je diagnostiquai une hydropisie de la vésicule biliaire.

OPÉRATION. — A la laparotomie (incision sur le bord externe du rectus abdominis ou droit de l'abdomen), exécutée le 14 janvier 1891, nous pouvions vérifier ce diagnostic. La palpation de la surface inférieure du foie montra que la cause de l'ectasie de la vésicule biliaire consistait dans un calcul en forme de boule, immobile et enchassé dans le cystique. Il était deux fois plus gros qu'un noyau de cerise et ne se laissait déplacer ni en arrière vers la vésicule biliaire, ni vers le cholédoque. Comme je vis que je ne réussirais à enlever ce calcul que par une opération sanglante, et qu'il était très douteux qu'après cela l'écoulement de la bile pût être rendu complètement normal; comme probablement la vésicule biliaire n'aurait plus dès lors que peu de valeur, je me décidai à l'ablation de cette vésicule. Je ligaturai le canal cystique et commençai l'isolement de la vésicule du foie, après avoir vidé son contenu qui consistait en un liquide séreux, très peu coloré par la bile, sans concrétion d'aucune sorte. La vésicule présentait avec le foie des adhérences si épaisses et si résistantes que je renonçai à une extirpation complète. Je circonscrivis donc une manchette péritonéale, la préparai en arrière, ligaturai le cystique, et suturai, après avoir extirpé la vésicule, le pédicule et puis la manchette péritonéale. Puis, je *fis une incision, au niveau du calcul, sur le cystique, l'enlevai avec beaucoup de peine et fermai le canal par une suture. Au niveau de l'incision s'écoulèrent quelques gouttes d'un liquide semblable à du pus. J'employai du catgut pour toutes les ligatures et sutures.*

Suites. — La guérison fut un peu retardée par de la suppuration des parois abdominales. Les douleurs ont disparues depuis.

(1) Les traductions ont été exécutées par l'*Institut international de Bibliographie scientifique.*

(2) Lindner — *Ueber Operationen an der Gallenblase.* — Con a la *Frei Verein der Berlin. Chir.* le 11 janvier 1892 ; in *Berl. Klin. Woch.*, n° 11, 14 mars 1892, p. 239-241. (Obs. II).

OBSERVATION II. — KEHR (Cas I) (1892). (Traduction *in extenso*).

Calculs multiples de la vésicule biliaire et calcul du cystique. Appendice hépatique de Riedel. — Cholécystostomie en deux temps (par le procédé de Riedel). — *Fistule.* — CYSTICOTOMIE. — *Guérison* (après fermeture de la fistule) (1).

Femme L..., 40 ans, d'Halberstadt, admis à ma clinique le 18 mai 1892. Cette malheureuse femme souffre constamment depuis vingt ans. Dès l'âge de 18 ans, elle a eu des crampes d'estomac, accompagnées quelquefois de vomissements de sang. Ces crampes se renouvelaient fréquemment chaque année ; l'appétit disparaissait complètement ; il y avait des douleurs dans l'ombilic et le côté droit. Il n'y eut jamais d'ictère. Dans les dernières années, les coliques s'aggravèrent; dès que la malade mangeait quelque chose de difficile à digérer, elle avait une forte oppression stomacale accompagnée de vomissements persistants. Elle ne pouvait plus, dans les derniers temps, s'occuper de son ménage.

L'examen de cette malheureuse, très amaigrie et anémiée, révéla que le lobe droit du foie s'étendait jusqu'à un appendice de Riedel ; on ne sentit pas la vésicule biliaire.

OPÉRATIONS. — 1° *Cholécystostomie* : 1er *temps.* — L'incision fut pratiquée le 20 mai 1892 et confirma l'existence d'un appendice de Riedel, derrière lequel se trouvait, un peu cachée, la vésicule pleine de calculs, emprisonnée de l'épiploon par des adhérences faciles à détruire. Je résolus de faire l'opération en deux temps.

2e *temps.* — La malade n'ayant pas eu de fièvre dix jours après, le 28 mai 1892, la vésicule biliaire fut ouverte et dix calculs évacués. Il s'écoula de la vésicule biliaire un liquide muqueux.

Suites. — Pendant quinze jours, la malade ne ressentit pas de douleurs ; puis elle en éprouva de nouvelles, accompagnées de vomissements fréquents; j'agrandis alors avec une mèche, la fistule, qui n'avait jamais laissé passer de bile. J'enlevai deux calculs, et j'eus le plaisir de voir la malade débarrassée de ses souffrances, se remettre et reprendre l'appétit. Mais il n'apparaissait toujours pas de bile, preuve que le cystique était atteint. Ou bien il était obstrué par un calcul, ou sa muqueuse était encore très épaissie, ou il était oblitéré. La sonde ne rencontra pas de calculs. Après de longues et minutieuses recherches, je trouvai enfin un corps solide tout au fond de cet organe, et je tentai toutes les manipulations possibles pour m'en rendre maître; les cuillers, les pinces granulées, des instruments faits tout exprès, même l'emploi de l'appareil de Riedel pour saisir les calculs, ne me donnèrent aucun résultat. Le calcul était si profondément situé et si solidement, que je parvins bien à l'atteindre, mais non à le ramener. Les douleurs dont le malade se remit à souffrir cruellement me décidèrent à renoncer à la méthode expectante employée d'habitude en attendant que le cystique soit désenflé, et à tenter l'ablation du calcul en incisant le cystique.

2° *Cysticotomie.* — Au commencement d'août, j'ouvris la cavité abdominale par une incision en forme d'H (incision longitudinale sur la ligne blanche, du processus xiphoideus vers le bas, et, sur cette première incision, autre incision diagonale sur le côté droit de l'abdomen, au-dessus de la fistule, à laquelle je ne touchai pas). Le lambeau obtenu de la sorte fut fixé en haut et extérieurement, et retenu solidement sur la peau de la paroi abdominale par un point de suture. J'eus de la sorte une vue aussi complète que possible sur les canaux biliaires. La vésicule avait la forme d'une outre très épaissie; dans le haut, le canal cystique, également très hypertrophié, je sentis un calcul assez gros et absolument immobile. Avant de pratiquer l'incision du cystique, je tentai naturellement, par la palpation bi manuelle (main droite dans la cavité, l'index et le doigt du milieu le long du cystique, index gauche accompagnant la sonde ou l'appareil à prendre les calculs de Riedel dans la fistule de la vésicule biliaire élargie) à repousser le calcul du cystique dans la vésicule biliaire, mais en vain. Je saisis le calcul, et, bien

(1) Kehr (Hans). — *Berl. Klin. Woch.*, 9 janv., 16 janv., 6 février 1893. (Obs. XII, n° du 6 février 1893).

qu'il ne fût pas facile, à cause de la position cachée du cystique derrière le foie, d'inciser ce canal, j'y parvins cependant et je puis enlever le calcul, assez gros, par l'incision. L'hémorrhagie fut assez forte et la paroi du cystique atteignait jusqu'à 1 centimètre d'épaisseur. Il s'écoule de suite par l'incision de la bile qui fut recueillie par une éponge placée de façon à protéger la cavité abdominale. J'introduisis par la fistule externe, qui n'avait pas été touchée, un drain très fin, jusqu'à l'incision du cystique. Je refermai facilement cette incision par une suture à deux étages. L'incision en forme de bache de la plaie abdominale fut refermée entièrement, sans drain.

Suites. — La convalescence fut des plus favorables possible. Depuis, la malade n'a plus jamais eu de douleurs ; son estomac peut de nouveau tolérer les aliments les plus difficiles à digérer, et elle a gagné 15 livres en poids. La fistule muqueuse s'est transformée en fistule biliaire, qui s'est refermée lentement au bout de six semaines (1).

OBSERVATION III. — KEHR (Cas II) (26 octobre 1892). (Traduction *in extenso*).

Hydropisie de la vésicule biliaire et calculs du canal cystique. — Cholécystectomie et CYSTICOTOMIE. — *Mort due à la cholécystectomie* (2).

Femme K.., 48 ans, de Grand-Quenstedt, adressée par le Dr Nagel-Schwanebeck pour être opérée. Admise à la clinique le 23 octobre 1892 Cette femme souffre déjà depuis de longues années de calculs biliaires; elle a eu coliques sur coliques ; mais, par crainte de l'opération et de la mort, — crainte qui s'est malheureusement justifiée, — elle ne pouvait se décider à se faire opérer. Le succès d'opérations analogues que j'avais faites sur d'autres malades la décida enfin à se rendre à ma clinique En examinant la malade qui était très affaiblie et modérément ictérique, je sentis dans la région de la vésicule biliaire une résistance diffuse et douloureuse. Le foie était peu hypertrophié. Dans les derniers temps, la malade n'avait pas cessé de souffrir.

OPÉRATION. — Le 26 octobre 1892, petite incision longitudinale sur le rectus abdominis droit. Je fus obligé de détruire de nombreuses adhérences avec l'épiploon et le colon transverse, avant de pouvoir parvenir jusqu'à la vésicule biliaire. J'ouvris donc cette dernière pour parvenir par elle au calcul à l'aide du doigt, d'une cuillère ou de sondes; mais je ne réussis pas davantage. Je dus me contenter de fixer simplement la vésicule biliaire dans la plaie abdominale ; et j'étais si irrité de l'obstination de ce calcul, qui se jouait de tous mes efforts, que je résolus de l'extraire directement en *incisant le cystique*. Mais j'en fus alors empêché par les dimensions de la vesicule biliaire, et, pour me debarrasser de cet obstacle, je l'extirpai. L'hémorrhagie fut assez abondante, bien que la séparation de la vésicule biliaire de la surface inférieure du foie se fut faite sans grande peine. La vésicule et le cystique s'étendaient *in toto* dans la longueur, de telle façon que je ne parvins pas à extraire par la section le calcul du col, qui était demeure en place sous le foie. Je dus donc *inciser avec beaucoup de peine le cystique* et j'enlevai deux calculs de la grosseur d'une noix de galle. Je refermai alors la plaie de l'incision par une suture à double étage; je ligaturai le pédicule de la vésicule biliaire, et, pour plus de sûreté, je recouvris le tout d'une nouvelle suture qui rapprochai l'une de l'autre les deux surfaces séreuses. L'opération avait duré 3 h. 1/2. Comme le bord supérieur du foie saignait toujours, bien que fort peu, je tamponnai l'espace situé sous le foie jusqu'à l'incision du cystique avec de la gaze stérilisée, qui aboutissait au dehors par la plaie abdominale en partie refermée.

Suites. — La premiere nuit après l'opération fut assez bonne ; mais le pouls était fréquent et petit; 20 heures plus tard, apparut le collapsus, et au bout de 24 heures la malade n'était plus qu'un cadavre. Une personne forte eut peut-être supporté l'opération ; mais la malade, qui etait extrêmement affaiblie par ses souffrances incessantes, n'a pas eu assez de résistance pour se remettre de l'hémorrhagie et de l'opération elle-même.

OBSERVATION IV — KEHR (Cas III) (Traduction *in extenso*), 17 mai 1893 (1).

Calculs de la vésicule et du cystique. — Cholécystostomie de ces temps. — Fistule. — Injections intrabiliaires. — Refoulement impossible.

CYSTICOTOMIE SECONDAIRE. — *Guérison.*

Patiente de 26 ans, très souffrante de calculs biliaires. Un traitement médicamenteux longtemps continué ayant échoué, je fis le 18 mai 1892 une cholécystostomie en un temps et trouvai une hydropisie de la vésicule biliaire, contenant beaucoup de calculs. *A ce moment-là, je m'abstins à dessein d'un examen des conduits biliaires, en particulier du canal cystique, afin de rendre l'intervention aussi peu dangereuse que possible.* L'opération fut suivie d'un état apyrétique et sans réaction; mais la fistule pratiquée ne donna jamais issue à de la bile. Il s'écoula toujours des mucosités N'ayant, malgré de fréquentes explorations à l'aide de sondes, jamais senti de calcul, je me consolai avec la supposition d'une oblitération du canal cystique. Cela n'était cependant pas exact, car, à la fin de 1892, c'est-à-dire six mois environ après l'opération, je constatai, par le cathétérisme, une concrétion biliaire située à une profondeur de 14 centimètres, apparemment située dans le canal cystique. Je fis alors tout mon possible pour la rendre mobile. Les injections d'eau et le cathétérisme échouèrent; la pince de *Tait,* l'extracteur des calculs biliaires de *Riedel* ne furent d'aucune utilité. La dilatation de la fistule vésiculaire et du canal cystique, à l'aide de longues tiges de laminaria, ne provoqua que des douleurs. Je sentais toujours la pierre à la même place ; elle ne céda pas d'un pouce. Attendre plus longtemps ayant paru n'amener aucun résultat, je me décidai, exactement un an après la première opération, à faire une seconde laparotomie.

OPÉRATION. — *Cysticotomie.* — Le 17 mai 1893, j'ouvris la cavité abdominale par une incision longitudinale sur la ligne blanche, entre l'appendice xiphoïde et l ombilic. Le canal cystique était facilement accessible et la vésicule biliaire était augmentée de volume, peu changée dans sa forme. Dans le canal cystique, on sentait facilement le calcul; il etait complètement immobile. Les moyens que j'employai, vainement, tout d'abord, pour le repousser dans la vésicule biliaire, je n'ai pas à les décrire ici. Après disposition convenable du champ opératoire, je fis *l'incision du canal cystique* considérablement hypertrophié, au-dessus du calcul fortement adhérent à sa paroi. L'extraction fut facile; la suture, un peu incommode, de l'ouverture put être effectuée avec tous les soins voulus *en deux plans.* Dans la fistule extérieure, restée intacte, de la vesicule biliaire, j'introduisis un mince drain. La plaie abdominale fut complètement fermée par des sutures profondes et superficielles.

Suites. — Cette opération, de la durée d'une heure, fut suivie d'un état apyrétique. Il sortit aussitôt de la bile; la fistule muqueuse devint une fistule biliaire qui, sans aucune autre intervention, se ferma déjà au bout de trois semaines.

OBSERVATION V. — KEHR (Cas IV). (Traduction *in extenso*) (2). (17 octobre 1893).

Calculs de la vésicule biliaire. Un calcul du cystique. — CYSTICOTOMIE. — *Cholécystostomie (?).* — *Guerison.*

Femme, 56 ans, reçue le 15 octobre 1893.

Antécédents et état actuel. — Depuis de longues années, douleurs causees par des calculs biliaires. Cures à Carlsbad sans résultat ; y garda le lit pendant des semaines ; fut alitee de

(1) Les douleurs dont la malade souffrait depuis 20 ans avaient toujours été attribuées à un ulcère de l'estomac.

(2) Kehr (Hans). — *Berl. Klin. Woch.*, 9 janv., 15 janv. et 6 février 1893. (Obs. XIII, no du 6 février 1893.)

(1) Kehr (de Halberstadt). — *Die Entfernung des eingeklemmten Gallensteines aus dem Ductus cysticus durch Incision dieses Ganges.* [De l'extraction de calculs biliaires enclavés dans le canal cystique par incision de ce conduit]; in *Berl. Klin. Woch.*, 1894, p. 536 et *Arch. f. Klin. Chir.*, 1894, p. 619, tome XLVIII.

(2) Kehr. — *Zur Chirurgie der GallensteinKrankheiten*; in *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1894, t. XXXVIII, p. 367. (Résumé des Observations.)

nouveau en été 1893. Douleurs continuelles; pas d'ictère. A l'examen, résultat négatif. Douleurs provoquées par la pression sur la région de la vésicule biliaire.

Diagnostic. — Calculs biliaires dans la vésicule biliaire.

OPÉRATION. — Le 17 octobre 1893. Incision longitudinale sur le muscle droit de l'abdomen du côté droit. Adhérences entre l'épiploon et la vésicule biliaire. Grand nombre de calculs dans la vésicule biliaire atteignant jusqu'au volume d'une grosse noix. Dans le canal cystique, un très gros calcul immobile. L'accès pour aller jusqu'au canal cystique est très limité. Cystique en (forme de sablier). *Cysticotomie.* Suture. Drain. Narcose éthérée bonne.

Suites de l'opération. — Le jour de l'opération, collapsus. Ensuite fièvre peu intense (suppuration de la paroi abdominale). Puis bon état. Excrétion biliaire normale. Etat général amélioré. Douleurs disparues. — Sortie le 20 novembre avec plaie granuleuse. A très bonne mine, mange et boit tout sans douleurs. Quelques fils de soie s'étant perdus de la plaie, la fermeture de la fistule fut un peu retardée. Actuellement état général excellent, fistule fermée.

OBSERVATION VI. — KEHR (Cas V). (Traduction *in extenso*). (30 novembre 1893) (1).

Calculs de la vésicule biliaire et empyème. Calcul du cystique. — CYSTICOTOMIE. — *Cholécystostomie.* — *Guérison.*

Femme 43 ans, reçue le 28 novembre 1893.

Antécédents. — A toujours été bien portante; n'a jamais eu ni ictère ni coliques. Au milieu d'octobre, péritonite (Dr Crohn). Peu à peu, il se développe dans l'épigastre droit une tumeur grosse comme le poing, peu douloureuse, montant et descendant avec la respiration.

Diagnostic. — Tumeur de la vésicule biliaire (empyème de la vésicule biliaire).

OPÉRATION. — Le 30 novembre 1893. Incision sur le muscle droit de l'abdomen du côté droit. Vésicule biliaire volumineuse, bosselée, adhérente à l'épiploon et à l'estomac. On l'isole. Evacuation de l'empyème avec l'appareil de Dieulafoy. Dans le canal cystique, un calcul gros comme un haricot; paroi très épaisse. A cause de l'immobilité de ce calcul, on incise le cystique. 7 sutures. Cholécystostomie. Drain. Pansement.

Suites opératoires apyrétiques. Excrétion biliaire peu considérable. Se lève au bout de 14 jours. Après 3 semaines, fistule fermée. Partie le 20 décembre avec cicatrice fermée. Santé excellente.

OBSERVATION VII. — KEHR (Cas VI). (Traduction *in extenso*) (3 décembre, 1893) (2).

Cholécystite suppurée. Angiocholite purulente. Deux calculs du cystique. — CYSTICOTOMIE. *Cholécystostomie.* — *Calculs du cholédoque.* — *Cholédocotomie.* — *Guérison.*

Femme, 55 ans, reçue le 1er décembre 1893.

Antécédents. — A eu, il y a plusieurs années, un accès de colique. Depuis trois jours, tous les signes d'une occlusion calculeuse (fièvre, frissons, ictère, douleurs). M. le Dr Klavehn-Pabstorf fait le vrai diagnostic.

Diagnostic. — Calculs dans le canal cystique. Cholécystite aiguë (peut-être angiocholite suppurée).

OPÉRATION. — Le 3 décembre 1893, fièvre intense (40,5 C). Incision du muscle droit de l'abdomen du côté droit. Suppuration débutant dans la vésicule biliaire renfermant des calculs. *De nombreux foyers de purulence en forme de points juste au-dessous de la surface hépatique. Adhérences entre les péritoines hépatique et pariétal.* La palpation du cholédoque donne un résultat négatif. Le foie tuméfié, rouge bleuâtre (cholangite purulente (?) Dans le canal cystique, deux grands calculs très fortement enfermés. *Cysticotomie Cholécystostomie.* La bile excrétée par le canal hépatique est trouble et floconneuse.

Suites. — Les premiers jours après l'opération, il y a encore de la fièvre, frissons, facies septique, puis amélioration. Sécrétion abondante de bile. Ce n'est que par la cysticotomie que le passage dans le canal cystique peut être rendu libre et le drainage immédiat nécessaire des conduits biliaires possible.

C'est peut-être par cela que le processus inflammatoire dans les conduits biliaires du foie a été arrêté (1).

Plus tard apparurent encore des calculs dans le canal cholédoque, qui furent extraits par l'*incision du canal cholédoque.* La guérison survint après trois semaines. (*A suivre*).

(1) Kehr. — *Deut. Z. f. Chir.* (*Loc. cit.*).
(2) Kehr. — *Deut. Z. f. Chir.* (*Loc. cit.*

(1) Cette hypothèse nous paraît extrêmement probable (N. du tr.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Valeur pronostique des cicatrices vaccinales.

En 1856, dans ses études sur la revaccination, M. le Dr Lalagade, d'Albi, communiquait le résultat de ses recherches sur la valeur du nombre et des dimensions des cicatrices vaccinales au point de vue des succès d'une revaccination. Il insistait sur ce fait qu'une revaccination a plus de chances d'être suivie de succès chez les vaccinés qui ont un plus grand nombre de cicatrices de première vaccine. Il considérait les cicatrices les plus nombreuses et les mieux accentuées comme le témoignage le plus certain du plus haut degré d'aptitude vaccino-variolique. En 1887, le même auteur consacrait un travail spécial à cette question des cicatrices vaccinales. En se basant sur un nombre considérable de revaccinations, il est amené à conclure que plus la première vaccine a été belle et active, plus les cicatrices ont été nombreuses, larges et profondes et plus le vacciné a de l'aptitude pour la vaccine et la variole son équivalent et plus aussi pour les récidives vaccino-varioliques. « Aujourd'hui, quand nous revaccinons un groupe de vaccinés et après avoir inspecté le nombre et la valeur des cicatrices de chacun, nous donnons d'après notre opinion doctrinale les probabilités du résultat de chacune de ces opérations. » Le sujet qui présente, par exemple, six belles cicatrices vaccinales bien développées, présente un maximum d'aptitude qui ne se trouve pas chez le sujet porteur d'une seule cicatrice peu accentuée. Les cicatrices douteuses démontrent le minimun d'aptitude vaccino-variolique. D'où conclut M. Lalagade, la nécessité plus grande de la revaccination chez les porteurs de nombreuses et belles cicatrices que chez ceux qui n'ont que des cicatrices moins bien accentuées.

Il y a donc, on le voit, dans cette question deux choses à considérer : 1° les dimensions de ces cicatrices vaccinales ; 2° leur nombre.

En ce qui concerne les dimensions, les caractères objectifs des cicatrices de première vaccination, la question est déjà bien vieille. C'est la théorie de Gregory. M. Lalagade dans ses travaux n'en fait pas mention, et il vraisemblable qu'il ne la connaissait pas. Gregory et lui sont arrivés chacun de son côté à des résultats comparables, et ce n'est pas le seul exemple que je trouve dans l'histoire de la vaccine, d'observateurs qui ont suivi la même route et ont conclu de la même façon en ignorant les travaux les uns des autres. Maints

exemples semblables ne nous ont-ils pas été donnés par les récentes recherches microbiologiques, des observateurs s'accusant de plagiat qui avaient seulement suivi la même voie.

Que disait donc Gregory en 1825 ? (1) « Quand la cicatrice vaccinale est complète, c'est-à-dire circonscrite, circulaire, rayonnée et celluleuse, mais surtout si avec cela elle est assez petite pour pouvoir être couverte par un pois, la variole qui survient est toujours si faible qu'elle mérite à peine le nom d'une maladie; mais si, au contraire, la cicatrice est grande, si elle paraît avoir été produite par une forte inflammation locale et si elle est dépourvue des autres caractères énumérés, le danger d'avoir plus tard la variole est bien plus grand. Cette théorie est singulièrement confirmée par les résultats des secondes vaccinations. Là où la cicatrice est complète, il est impossible de produire la vaccine sous la forme ordinaire. » Ainsi naquit la théorie des bonnes cicatrices à laquelle, il faut le reconnaitre, la pratique des choses ne tarda pas à donner tort, si bien que son auteur lui-même dut y renoncer. Dans son excellent traité de la vaccine, Steinbrenner concluait : « L'épreuve faite de cette théorie par les revaccinations lui est encore plus défavorable que celle qui est faite par l'expérience des épidémies. Nous avons obtenu des vaccines normales et des vaccines modifiées chez des individus qui, à en juger par la beauté de leurs cicatrices, auraient dû être préservés. »

Quant au nombre des cicatrices, les anciens médecins allemands pensaient devoir lui attribuer une réelle valeur, et vers 1825, des recherches furent entreprises à ce sujet, mais elles aboutirent à faire dénier toute valeur au nombre des cicatrices comme les précédentes avaient amené à conclure au peu d'importance qu'il fallait attacher à leurs dimensions.

Les idées de M. Lalagade n'étaient donc, on le voit, ni nouvelles ni originales, mais si l'on songe qu'elles étaient appuyées par 11,000 revaccinations et que, d'autre part, Gregory n'avait pas renoncé sans peine à sa théorie, puis, qu'il y était timidement revenu, on est bien forcé de se demander si toutes ces conclusions ne contiennent pas une part de vérité. De telles recherches ne paraissent d'ailleurs tirer des études microbiologiques actuelles un nouvel intérêt. On peut, en effet, penser a *priori* que si l'on rencontre chez un sujet une belle vaccine avec évolution de tous les points d'inoculation, suivie de larges cicatrices, c'est qu'il présentait un terrain de culture favorable au virus vaccinal, qu'il avait une aptitude particulière comme d'autres l'ont pour la variole, la scarlatine ou telle autre maladie infectieuse en un mot. Si donc ses tissus se prêtent si bien au développement du germe vaccinal, il y a lieu de croire, toute question d'immunité acquise mise de côté, qu'ils offriront encore ces propriétés. Cet individu pourra être considéré, par suite, comme plus apte à recevoir la vaccine que tel autre chez lequel elle a mal germé une première fois, ne se traduisant que par de petites pustules suivies de maigres cicatrices, fonctions d'un terrain rebelle à toute germination vaccino-variolique. Il y avait donc là, m'a-t il semblé, des études intéressantes à reprendre puisque, éclairées par les recherches actuelles de microbiologie, elles touchent à ces importantes questions de la réceptivité morbide et de l'immunité. Si une vaccination n'a donné que des résultats médiocres, si les cicatrices consécutives à ces pustules mal venues sont comme avortées, c'est, peut-on croire, que la réceptivité du sujet pour la vaccine était peu développée. On pourrait donc conclure à une immunité pour des tentatives ultérieures.

Telle est la question qui se pose : examinons maintenant les résultats que nous avons obtenus.

Nos recherches ont porté sur 411 sujets âgés 10 à 14 ans. Ils présentaient des cicatrices, variant de une à dix, de leur première vaccination. Ils ont été divisés en cinq catégories.

75 d'entre eux présentaient de très belles cicatrices.
156 avaient de belles cicatrices.
100 avaient des cicatrices moyennes.
60 avaient des cicatrices laides peu visibles.
19 ne présentaient plus de cicatrices.

Ces enfants n'avaient jamais été revaccinés avec succès. Un grand nombre d'entre eux étaient revaccinés pour la première fois. Les autres avaient été revaccinés l'année ou les années précédentes, mais sans succès.

Chez les 76 porteurs de très belles cicatrices, on a obtenu 33 succès.

Chez les 79 porteurs de cicatrices laides ou invisibles, on a obtenu la même proportion soit 37 succès.

Chez les 156 porteurs de cicatrices belles (nombre double des précédents) on a obtenu 74 succès (encore la même proportion).

Chez les 100 porteurs de cicatrices moyennement développées, on a obtenu encore la même proportion, soit 42 succès.

De sorte que, ce sont toujours les mêmes chiffres; que la cicatrice soit très belle ou laide, au contraire, et même invisible.

Il importe cependant de faire remarquer que dans les résultats précédents sont compris comme succès non seulement les pustules vaccinales franches, mais aussi les vaccines modifiées.

Si l'on s'en tient aux vaccines vraies, aux pustules franches, typiques, on trouvera :

Pour les 76 porteurs de très belles circatrices 15 succès francs.

Pour les 156 porteurs de belles cicatrices 23 succès francs.

Pour les 100 porteurs de cicatrices moyennes 9 succès francs seulement.

Pour les 60 porteurs de cicatrices laides 7 succès francs.

Pour les 19 porteurs de cicatrices invisibles 4 succès francs, résultats qui viendraient appuyer la théorie de M. le Dr Lalagade.

La différence des résultats provient de ce que, dans les trois dernières catégories (cicatrices peu développées ou nulles), la proportion des fausses vaccines est beaucoup plus considérable, et fait pencher la balance en faveur des succès. (Nous considérons en effet la fausse vaccine ou vaccine modifiée comme un succès.) On peut

(1) Steinbrenner. — Traité de la vaccine, 1846, p. 695.

donc dire, tout au moins, que chez ces derniers sujets, l'immunité dure plus longtemps que chez les premiers. Si l'on doit, en d'autres termes, attacher quelque créance à ce chiffre de 411 revaccinations trop faible évidemment pour conclure d'une façon ferme, on peut dire que sur un nombre égal de sujets à revacciner, ceux qui présentent des cicatrices larges, bien développées, très apparentes, les très belles cicatrices, en un mot, auront chance d'avoir perdu leur immunité plus tôt que ceux dont les cicatrices sont mal venues ; plus de chances encore d'être revaccinés avec un succès franc, une vaccine vraie, ce qui confirmerait, somme toute, les théories Gregory, Lalagade.

« Les grandes aptitudes vaccino-varioliques usent plus vite la préservation que les aptitudes vaccinales d'un degré inférieur. » (Lalagade.)

Il est bien certain que dans la statistique que je présente, on rencontre un plus grand nombre de succès chez les porteurs de cicatrices très belles et belles que chez les porteurs de cicatrices moyennes et laides, mais si l'on songe que sur 232 porteurs des premières, 125 ont présenté des insuccès, il faut reconnaître que l'immunité vaccinale chez ces sujets ne s'épuise pas aussi vite qu'on le pourrait penser, et qu'en somme, cette aptitude vaccinale n'est pas très forte (du moins chez des sujets âgés de moins 15 ans) ce qui nous conduirait à ne pas être trop affirmatif pour la théorie précitée. Un correctif s'impose d'autant plus, que rien ne prouve après tout que ces cicatrices traduisent exclusivement l'évolution d'une pustule vaccinale. Nous savons tous que dans une inoculation vaccinale, il y a bien d'autres microbes que celui de la vaccine qui sont introduits avec ce dernier. Une large cicatrice peut donc tout aussi bien n'être que la conséquence d'une petite plaie qui a suppuré à la suite de ces inoculations polymicrobiennes, à la suite encore d'une suppuration prolongée par le fait du grattage, de la malpropreté, etc. Les dimensions d'une cicatrice vaccinale peuvent donc n'être qu'un phénomène contingent, sans rapport de cause à effet avec l'évolution du virus vaccinal et dénué, par suite, de toute valeur pronostique.

Quoi qu'il en puisse être d'ailleurs de leur interprétation, je ne donne que sous bénéfice d'inventaire les faits que j'ai observés et parce qu'ils tendent à corroborer une idée qui s'appuie sur un nombre considérable de faits. Et si l'on peut à la rigueur soutenir avec M. Lalagade que « plus une organisation a des dispositions de l'aptitude pour une maladie, plus elle est sujette à la récidive de cette même maladie », on ne peut affirmer qu'un signe aussi précaire qu'une cicatrice, sujet à être modifié par tant de causes secondaires et banales, puisse nous permettre de juger cette aptitude morbide, cette tendance à la récidive.

Je serai d'autant moins affirmatif que dans des recherches du même genre dont je trouve l'indication dans le rapport de M. Hervieux sur les vaccinations (1). M. le Dr Sudour arrive à cette conclusion que la forme et les dimensions des cicatrices vaccinales ne permettent pas de prévoir les résultats d'une vaccination ultérieure et n'influence que peu ces résultats.

(1). 1894, p. 102.

Mais, encore une fois, comme il n'est guère admissible que des résultats donnés par 11,000 revaccinations soient faux, il est prudent de ne pas conclure trop vite dans un sens opposé.

Quant au nombre des cicatrices, il n'a certainement aucune valeur pronostique, et il est impossible de dire si un sujet porteur de six, sept ou huit cicatrices sera revacciné avec plus de succès qu'un sujet qui n'en présente qu'une seule. Je trouve dans ma statistique autant de succès chez des enfants porteurs d'une seule cicatrice que chez d'autres qui en avaient sept ou huit. Je trouve même, inversement, un plus grand nombre d'insuccès chez des enfants porteurs de nombreuses cicatrices que chez d'autres qui n'en avaient qu'une ou deux, contrairement à ce qui eût dû se produire si réellement le nombre des cicatrices répondait à une réceptivité plus grande pour la vaccine.

Et en réunissant tous les chiffres, je trouve qu'il y a, somme toute, plus d'insuccès que de succès chez les porteurs de nombreuses cicatrices, tandis que chez ceux qui n'ont qu'une ou deux cicatrices, la balance entre les succès et les insuccès est à peu près égale, ce qui vient encore infirmer la théorie.

Si donc, d'autre part, un sujet qui a reçu six, huit, dix inoculations vaccinales n'est pas protégé pour un temps plus long que les sujets chez lesquels on ne fait qu'une ou deux inoculations, il semble qu'en pratique, il n'y ait aucune utilité à multiplier ces dernières. C'est là, d'ailleurs, un problème que je ne fais que soulever et que je me propose d'étudier par la suite.

En résumé donc, et pour m'en tenir au sujet qui a été le but de cette note, on peut dire que sûrement le nombre des cicatrices vaccinales ne peut faire préjuger le résultat d'une revaccination et que probablement, mais avec une réserve, il en est de même des dimensions de ces cicatrices. Paul Raymond.

Hygiène et décence publiques.

Il est très commun de voir les charretiers et les cochers de voitures publiques se placer sur l'un des côtés de leurs voitures et uriner tranquillement, alors même qu'à quelques mètres de là se trouvent des urinoirs, sans se préoccuper le moins du monde des passants, femmes et enfants. Cette habitude malpropre a également des inconvénients pour les voyageurs, qui, peu après l'acte accompli, montent dans ces voitures : le cocher a lavé, le voyageur essuie. Au Préfet de Police, M. Lépine, de s'enquérir et de rappeler à l'ordre, les cochers et les charretiers au nom de la décence et de la propreté. B.

La variole à Marseille.

Durant le premier semestre de 1895, il y eu 175 décès par la variole à Mareille et durant le premier semestre de 1896, il y en a eu 446. C'est là un chiffre qui dénote une situation très grave et exige une intervention énergique de la part de la municipalité. Une organisation sérieuse du service de la vaccination nous paraît une réforme sociale facile à réaliser et qui aura pour résultat immédiat de conserver un grand nombre de vies humaines, ce qui est le point capital. D'ailleurs l'incurie marseillaise a des conséquences graves. L'un de nos amis dans une visite faite au service des contagieux de Lyon n'y a trouvé qu'un malade ·

c'était un Marseillais. On nous assure aussi qu'au pavillon des varioleux de l'hôpital d'Aubervilliers, à Paris, la très grande majorité des varioleux sont des Marseillais ou des individus venant de Marseille. Le maire de Marseille a une responsabilité d'autant plus grave qu'il est médecin et sait ce qu'il convient de faire. Dr Freeman.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 juillet 1896.

Terminaison des nerfs sensitifs musculaires sur les faisceaux striés.

M. Ch. Rouget a pu, sur des muscles vivants de grenouille, (grand pectoral, muscles minces de l'abdomen, layo-glosse, mylo-hyoïdien), imprégnés par le bleu de méthylène, distinguer les terminaisons nerveuses sensitives des terminaisons motrices dont elles diffèrent à plusieurs égards. Relativement rares, ces terminaisons sensitives sont extérieures au sarcolemne, obliques ou perpendiculaires à l'axe du faisceau strié et présentent le mode de terminaison connu des nerfs sensitifs de la cornée et de la peau. Les nerfs sensitifs, en contact médiat avec les éléments contractiles, complètent par l'intermédiaire du faisceau musculaire le cercle nerveux hypothétique de Ch. Bell, constitué de telle façon que si un nerf transmet l'influence du cerveau (?) au muscle, un autre communique au cerveau l'état du muscle.

Evaporation cutanée chez le lapin. Modifications sous l'influence de l'excitant électrique.

M. Lecercle a étudié l'influence d'un courant continu provenant d'une batterie d'accumulateurs sur le lapin. Ses électrodes representées par des plaques mé alliques sont recouvertes de peau de daim; l'une est appliquée sur la région lombaire, l'autre électrode representée par deux plaques, est placé sur la racine des cuisses, permettant ainsi d'agir sur les centres sudoraux de la moelle et sur le sciatique. Il observa que la galvanisation augmente, d'une façon certaine, l'évaporation cutanée chez le lapin. L'évaporation augmente en même temps que l'intensité jusqu'à un maximum qui n'est pas depassé. Après le passage du courant, l'excitation imprimée aux organes glandulaires se poursuit. et l'évaporation est même plus grande en moyenne que pendant le passage du courant, fait d'ailleurs confirmé par l'expérience clinique. En même temps que l'évaporation cutanée se poursuit, il y a relèvement des températures, soit centrale, soit cutanée

M. le Dr Vigouroux, à l'occasion d'une communication récente de M. d'Arsonval, a fait remarquer que l efficacité de l'electricité statique dans le traitement des maladies par ralentissement de la nutrition, a été souvent constate. Il reproduit l'observation d'un cas de diabète, traité par lui et publié en 1893 dans son ouvrage : *Neurasthénie et Arthritisme*, et très analogue a celui rapporté par M. d'Arsonval. L'auteur fait, en outre, des reserves sur la substitution des courants de Tesla dans le traitement de ces maladies, à l'electricité statique; l'application des ces courants, dont les propriétés physiologiques sont encore peu connues, ne paraît pas exempte de danger, surtout lorsque ces maladies sont accompagnées, comme c'est le cas général de lésions du cœur et des gros vaisseaux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 4 juillet 1896. — Présidence de M. Giard.

M. Bloch présente un perfectionnement de son *sphygmomètre*.

M. Kauffmann, en étudiant l'action de la fièvre sur la thermogenèse, a constaté que dans la fièvre les phénomènes chimiques intra-organiques normaux sont simplement exagérés, sans qu'il s'en produise de nouveaux. Ces phénomènes varient naturellement d'intensité suivant les organes, et c'est dans le foie qu'ils atteignent leur maximum. Il en résulte que la température générale du corps prise pendant la fièvre, ne peut donner qu'un renseignement incomplet, puisqu'elle ne montre pas l'état de suractivité des thermogénèses locales.

MM. Picon et Ramon ont étudié, au moyen d'aiguilles aimantées dont on suit les variations avec une boussole, les *changements de position de la rate* dans la respiration; l'insufflation de l'estomac, du côlon, etc., et montrent les graphiques d'où il ressort que la rate peut passer de l'état vertical à l'état horizontal dans les changements de volume des organes qui l'avoisinent.

M. Carnot préconise l'emploi de la *gélatine à 9 ou 10 0/0 pour favoriser la coagulation du sang* dans les cas d'hemophilie ou d'hémorrhagies. Il rapporte des cas de métrorrhagies et d'hémorrhagies artérielles traitées avec succès par ce procédé.

MM. Carvalho et Athanasio ont constaté que l'*action anticoagulante exercée par la peptone sur le sang existe aussi pour la lymphe* et qu'elle s'accompagne d'une diminution des leucocytes dans la lymphe extraite.

M. d'Arsonval a constaté que l'*atténuation des toxines* par l'emploi des courants à haute fréquence peut être rendue indéniable à cause de dispositifs d'expérience dont il donne le détail.

M. Trouessart décrit une variété de *sarcoptes ne produisant pas de gale*, qui se rencontre sur certains animaux du Brésil.

M. Charrin présente une observation de *mastite chronique* due au bacille pyocyanique de Gérard. A P.

Séance du 11 juillet 1896. — Présidence de M. Giard.

M. Heymans (de Gand) fait une intéressante expérience pour montrer que l'hyposulfite de soude en solution à 10 0/0 est l'antidote du poison violent *dinitrile molenique*, composé cyanhydrique. Pendant qu'un lapin, injecté au préalable d'hyposulfite supporte sans broncher sa dose de cyanure, les deux lapins témoins sont pris d'accidents les plus graves, arrêtés d'ailleurs dès qu'on fait l'injection d'hyposulfate. C'est par des recherches sur les urines que ce savant a fait cette découverte; chez les animaux intoxiqués, il y a dans les urines du sulfocyanure; pour hâter la production de ce produit désassimilable, l'hyposulfite agit par dédoublement et substitution de soufre au cyanogène

MM Gley et Camus ont étudié la coagulation du sperme du cobaye. Il se prend en masse comme de la bougie; mais il est formé de deux parties, le liquide des vésicules séminales, fluide et le liquide prostatique; c'est ce dernier qui agit comme un ferment et produit la coagulation, mais séparé, il n'agit pas de même dans le sang et perd son pouvoir coagulant.

M. Gley, dans ses expériences de la coagulation du sang par les injections de peptone, a obtenu la mort par les injection de 0,50 cent. par kilogr. d'animal; à l'autopsie, le sang était coagulé dans les gros vaisseaux artériels et dans le cœur.

MM. Charrin et Degrez. — Tous les sérums sont à base: eau 100. sulfate de soude 8, phosphate 4 et chlorure de sodium 2 — quel que soit d'ailleurs le vaccin ajouté, ou soit qu'on l'emploie tel. — Tous ces sérums ont une action commune, en présence d'une ration alimentaire donnée; l'etude sur des animaux soumis au région lacté, et auxquels on donnait 0,50 centigr. par kil. d'animal, l'urée s'élève légèrement; si on injecte 2, 4, 6 grammes, l'urée fléchit dans les premiers jours. Donc les doses faibles augmentent l'excrétion de l'urée; les doses fortes, au contraire, le diminuent.

M. André Claisse. — La leucocytose augmentant au cours des infections est brusquement arrêtée par les injections massives; d'ailleurs, chez une malade où les accidents infectieux ont reparu, la leucocytose a également reparu avant.

MM. Remlinger et Schneider, aide-majors, ont retrouvé au moyen de la méthode d'Elsner, le bacille d'Eberth dans l'eau, les matières fécales, le sol. Ce bacille s'est trouvé dans un très grand nombre d'échantillons et dans les selles de malades n'ayant pas la fièvre typhoïde, mais d'autres affections (leucémie, impaludisme, brightisme). Il s'est montré pathogène pour les cobayes, et il a été prévenu par les injections préventives de sérum de Chantemesse. La présence du bacille d'Eberth dans les intestins d individus non typhiques expliquerait les cas d'auto-infection décrits et défendus par MM. Arnould et Kelsch.

MM. Bourquelot et Bertrand ont étudié les changements de couleur des champignons coupés à l'air; ils ont extrait une substance chromogène et le noircissement serait dû à l'oxydation de cette substance, la *thyrosine*; le ferment oxydant est la *thyrosinase*.

M. Abelous a étudié les *fonctions du thymus*; chez les grenouilles où il est persistant, l'ablation entraîne des troubles dynamiques, des troubles trophiques, des altérations du sang — et surtout une remarquable altération de la couleur de la peau.

M. Mislowsky expose ses recherches sur les *lésions consécutives à l'extirpation des ganglions ciliaires*.

M. Féré a trouvé que les substances tératogènes amènent aussi un retard de développement.

Elections. — M. Weiss, agrégé de physique, est élu par 27 voix; M. Chabrié a eu 23 voix. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 juillet 1896. — Présidence de M. Hervieux.

Paralysies arsenicales.

M. Lancereaux rapporte deux cas de paralysies arsenicales remarquables par l'extension et la longue durée des paralysies par la fièvre et les symptômes généraux rappelant la fièvre typhoïde. Lors des nombreux cas d'intoxication observés à Hyères, au Havre, on crut aussi tout d'abord à une epidémie de fièvre muqueuse. Il y a là un fait des plus importants pour la pratique. Les vomissements répétés, un léger érythème pharyngé, les troubles moteurs et sensitifs des membres inférieurs pouvant avoir des signes différentiels. Dans les deux cas, l'intoxication était due à un traitement arsenical prolongé. Ce traitement ne doit jamais être continué plus d'un mois.

Les écarts anormaux de la pression artérielle.

M. François Franck montre que la révulsion thérapeutique produit une vaso-dilatation superficielle répondant à une vaso construction profonde. Celle-ci s'exerce sur le poumon dans la révulsion thoracique, sur le rein dans la révulsion lombaire. Mais outre cette action locale, il produit aussi une vaso-construction générale. Des stimulants trop énergiques peuvent donc déterminer une hypertension rapide importante analogue à celle de certains traumatismes. Cette hypertension peut être cause de ruptures vasculaires chez les artérioscléreux.

Un cas d'actinomycose.

M. Duguet présente guéri par l'iodure de potassium et les injections iodées le malade atteint d'actinomycose de la face qu'il a montre en pleine évolution à l'Academie dans la séance du 31 decembre 1895.

Désintoxication du sang.

M. Barié a obtenu la guérison dans quatre infections graves (une pneumonie, deux urémies, un rhumatisme cérébral) en débarrassant le sang des toxines par une saignée suivie aussitôt après d'injection de sérum en quantité équivalente.

Toxihémie des gastro-entéropathes.

M. Clozies (de Beauvais) étudie la série d'accidents du ralentissement de la circulation avec refroidissement péryphérique, adynamie musculaire et cérébrospinale, absence ou diminution des sécrétions sudorales ou urinaires, des excrétions intestinales des transformations hépatiques que produisent les auto-intoxications d'origine gastro-intestinale. L'accumulation des toxines donne souvent de véritables ictus.

La sarcome en Algérie et son traitement empirique.

M. Reclus lit un rapport sur un mémoire de M. Legrain (de Bougie). La fréquence du sarcome par rapport à l'épithélioma chez les Arabes tient peut-être à la sobriété et au régime végétal des indigènes. On sait le rôle que Verneuil attribuait dans la production du cancer au régime carné. Les trois cas de guérison obtenus par des empiriques au moyen de pommade au goudron de genévriers sont douteux. Il s'agit sans doute de tuberculoses atypiques si difficiles à distinguer même histologiquement du sarcome.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 10 juillet 1896. — Présidence de M. d'Heilly.

M. Hanot communique une note montrant que l'*augmentation du volume du foie dans la cirrhose hypertrophique* est due à une double cause : D'une part, il se produit dans le foie un tissu fibreux anormal ; d'autre part, les travées hépatiques s'hypertrophient dans certains endroits et se disposent de la même façon que dans l'hépatite nodulaire. Au cours d'une autopsie d'alcoolique faite récemment dans son service, il a pu constater qu'une certaine quantité de lobules présentaient des trabécules irréguliers, les cellules hépatiques étaient modifiées. C'est là l'indice d'un processus de régénération. Il semble dû à une hyperplasie consistant dans la formation tantôt de lobules normaux, tantôt de lobules à cellules modifiées et à trabécules flexueux. Ce processus est dans certains cas plus intense que dans d'autres. Cela paraît tenir à une idiosyncrasie de la cellule réagissant différemment suivant les cas.

M. Claude rapporte l'observation d'un jeune homme de 25 ans apporté à l'hôpital dans un état presque comateux. La température rectale est de 33°,8. On institue une thérapeutique active et bientôt elle remonte à 35°,8. Faiblesse considérable, pouls imperceptible. Le lendemain, l'etat général s'est considérablement amélioré, la température est à 37°. Le malade peut parler et déclare qu'il a subi un commencement d'intoxication par des vapeurs d'acides. Subictères unies très rares avec albuminurie et hypoazoturie, selles décolorées, foie douloureux. Les jours suivants, la température remonte, les urines sont émises en quantité normale, on y trouve la réaction des pigments biliaires. Au bout de peu de temps, le malade a guéri, mais la foie reste un peu gros. Il est probable qu'il s'agit là d'accidents d'origine hépatique dus à l'altération profonde du foie sous l'influence des acides.

M. Achard montre des *photographies Rœntgen* permettant de voir les altérations des os du pied chez un homme atteint de rhumatisme blennorrhagique déformant. Elles sont considérables ; le gros orteil gauche recouvre ses voisins. De chaque côté au niveau du premier espace interosseux existe un point douloureux dû à une végétation ostéophytique du premier métatarsien. Outre les lésions articulaires, il existe donc dans ces cas des lésions osseuses et périostiques.

M. Marfan rapporte l'observation d'un enfant qui, élevée au sein jusqu'à deux mois, fut ensuite allaité d'une façon très irrégulière. Bientôt apparaît une *diarrhée séreuse* rebelle au traitement et accompagnée de convulsions. La tête augmente de volume, il survient de l'hydrocéphalie avec atrophie de l'œil droit, et l'enfant meurt de bronchopneumonie.

L'autopsie révèle une hydrocéphalie ventriculaire avec phlébite fibro-adhésive des sinus caverneux et du pressoir d'Hérophyle. Cette phlébite s'est produite à la suite d'une thrombose des sinus d'origine intestinale ; elle a pour conséquence l'hydrocéphalie ventriculaire par suite de l'oblitération des sinus. L'atrophie de l'œil droit est due à la même cause.

M. Catrin communique une observation d'*intoxication* produite par un lavement contenant 40 grammes d'acide borique. Ce médicament n'aurait donc pas, ainsi que le prouvent des expériences faites sur le cobaye, l'innocuité qu'on lui attribue.

M. Gouraud communique une note de M. Robin sur la *pepsinurie normale et pathologique*.

M. Florand décrit une *épidémie d'angine* avec éruption scarlatiniforme respectant les membres.

Séance du 17 juillet 1896. — Présidence de M. d'Heilly.

M. Sevestre. — *Quelques modifications du tubage dans le croup.* — La communication de M. Variot paraît soulever quelques objections qui portent sur deux points: 1° moyens de diminuer le spasme du larynx; 2° modification du tubage, désignée sous le nom de dilatation de la glotte et écouvillonnage du larynx. Sur le premier point, je suis d'accord avec lui pour supprimer le spasme; mais je serai beaucoup plus réservé relativement à l'emploi de la codéine qui peut n'être pas toujours bien supportée. Pour mon compte, je préfère l'antipyrine qui a, dans ces cas, une action très nette et s'élimine très rapidement, et surtout je préconise les enveloppements froids. Je ne puis partager l'enthousiasme de M. Variot pour ses procédés, et je crois qu'il faut protester contre leur emploi systématique. Les difficultés du tubage sont nombreuses et proviennent surtout du spasme, et si de parti-pris on enlève le tube fréquemment, elles sont de nouveau à vaincre. D'après M. Variot, la dilatation temporaire et l'écouvillonnage permettraient d'éviter les inconvénients graves du tube laissé en place. Inversement je me demande si les tubages et détubages successifs n'auraient pas quelques inconvénients: notamment de favoriser les infections secondaires.

M. Variot. — La codéine n'a pas tant d'inconvénients que le pense M. Sevestre. Quant à la dilatation de la glotte, il faut s'entendre. La dilatation brusque doit être rejetée. La dilatation progressive est seule en question. Lorsque l'enfant est vigoureux, qu'il n'est pas prostré par l'asphyxie, quel inconvénient y a-t-il à enlever le tube au bout de quelques minutes lorsque le spasme est passé, quitte à le remettre s'il revient. Il faut se servir de tubes de gros calibre se moulant exactement sur le larynx, et en en employant de plus en plus gros, on fait la dilatation lente, progressive, qui ne peut avoir les inconvénient de la dilatation brusque. Les inconvénients du tube à demeure sont fréquents quoiqu'en dise M. Sevestre. A l'autopsie, on trouva dans un tiers des cas des ulcérations en coup d'ongle sur la muqueuse du cricoïde chez les enfants qui ont été tubés plus de quarante-huit heures. Lorsque les ulcérations guérissent, il peut se faire un rétrécissement cicatriciel: j'en observe un en ce moment. Il faut donc tâcher de diminuer la durée du tubage. L'écouvillonnage est également indiqué, il est facile, pourquoi ne pas l'essayer sans y être forcé. Mais je tiens à dire je n'ai pas voulu proposer un système, mais seulement simplifier le tubage et indiquer la possibilité de faire une dilatation progressive en s'aidant de la codéine.

M. Rendu. — *Note sur deux cas d'abcès tropicaux.* — Ces deux cas présentent un intérêt symptomatologique et étiologique. Anatomiquement ce sont deux exemples typiques de ce qu'on a appelé le *foie tropical*. Cliniquement, ils ont évolué tous deux à peu près de la même manière, lentement, sans évoquer de réaction fébrile. De ces deux observations, on peut conclure que les abcès tropicaux évoluent parfois avec une singulière lenteur et très longtemps après le départ des germes pathogènes du parenchyme hépatique. Il y a donc lieu de tenir compte du séjour des malades dans les pays chauds et de ne pas éliminer l'hypothèse d'hépatite suppurée, même lorsqu'il n'y a pas de fièvre et que les antécédents dysentériques sont nuls.

M. Galliard relate l'observation d'une *fistule œsophago-pulmonaire* compliquant un carcinome de l'œsophage chez un homme de 58 ans, non syphilitique.

M. Béclère. — *Angine à streptocoque avec éruption scarlatiniforme.* L'absence de desquamation ne suffit pas pour éliminer le diagnostic de scarlatine. Dans une petite épidémie familiale de scarlatine observée par l'orateur, un enfant eut une angine blanche à streptocoques avec éruption scarlatiniforme. Chez lui, la desquamation manqua, il s'agissait cependant d'une véritable scarlatine, la contagion le démontrait.

M. Gouguenheim relate l'observation d'un malade atteint d'*angine à streptocoques*. L'infection se généralisa et le malade mourut de complications pulmonaires et cardiaques.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 juillet 1896. — Présidence de M. Ch. Monod.

Extirpation du Ganglion de Gasser.

M. Gérard-Marchant a opéré d'abord un malade, par le procédé de M. Quénu d'extirpation du ganglion de Gasser, pour une névralgie faciale. Résultat très bon; guérison qui se maintient depuis deux ans. Un second malade a également été opéré, malgré l'avis de quelques médecins. Les douleurs étaient atroces. Opération par le procédé Quénu. Coma de 26 heures, qui guérit cependant. Troubles trophiques de l'œil, qui ont disparu. Il persiste de la rétraction de la mâchoire et les douleurs n'ont diminué qu'en partie.— L'extirpartion totale n'est prouvée que par la pièce anatomique; or, dans la plupart des cas, l'extirpation n'est que partielle. M. Marchant demande qu'on fasse toujours l'examen histologique du ganglion extirpé.

M. Quénu répond à M. Marchant qu'il a raison.

Ostéotomie dans les fractures de jambe.

M. Schwartz fait un rapport sur un travail de M. Rochard, ayant trait à une *fracture double de la jambe mal consolidée.* Six ans après l'accident, la courbure de la jambe augmenta et des douleurs survinrent. Cal exubérant; un peu de mobilité anormale au niveau du tibia. Ostéotomie du tibia à grand lambeau antérieur, et on trouva des lésions ostéomyélitiques; puis ostéotomie du péroné; pas de sutures osseuses. Après 60 jours de plâtre, pas de consolidation solide. Guérison seulement 7 mois après. — M. Schwartz cite ensuite quelques cas de sa pratique particulière.

Entéroanastomose.

MM. Picqué et Souligoux font une communication sur un nouveau procédé d'entéroanastomose. Ce procédé est l'application d'un phénomène pathologique connu (anastomose consécutive à une ulcération). On gangrène les surfaces d'intestin par application de caustique et à l'aide d'une pince *ad hoc*, qui agit par pression. Puis on suture par dessus. Les parties touchées se mortifient et la communication s'établit. — M. Picqué a fait trois fois l'entéroanastomose par ce procédé avec deux succès et un décès. M. Souligoux applique aussi son procédé à la cholécystentérostomie; mais il n'a été utilisé que sur les voies biliaires du chien.

M. Reclus cite une observation, qui a trait au même procédé. Cancer du pylore très avancé. Opération ayant duré 20 minutes. Suites immédiates bonnes; mais, au bout de quelques jours, mort par parotidite suppurée. Autopsie. Les sutures ont bien tenu; abouchement complet et communication facile. Ce procédé est aussi bon que celui de Murphy; il vaudrait mieux opérer à la cocaïne.

M. Chaput a fait aussi, après M. Souligoux, des opérations sans ouverture de la muqueuse; il a supprimé l'écrasement de cet auteur, et il l'a remplacé par la cautérisation au fer rouge, et par l'ablation de la tunique musculaire de l'estomac dans les opérations sur cet organe. M. Chaput exécute l'entéro-anastomose de la façon suivante. Il fait chauffer au rouge sombre, sur un réchaud à gaz, une pince à longs mors, et avec cette pince il saisit une bande du bord convexe de l'intestin, large de 5 à 6 centimètres, en tenant sa pince parallèle au grand axe de l'organe. La cautérisation qui en résulte est profonde, et la mortification assurée. Il répète la même manœuvre sur l'autre anse. Il exécute ensuite une rangée de sutures séro-séreuses à points séparés, espacés tous les centimètres et situés à quelques millimètres de l'escharre. L'opération est terminée; elle a duré moins de dix minutes. Pour pratiquer la suture circulaire par cautérisation, M. Chaput lie en masse l'extrémité des deux bouts; il excise aux ciseaux le champignon exubérant et, avec une pince portée au rouge, il saisit chaque bout, perpendiculairement au grand axe de l'organe, et il place sa pince à quelques millimètres en deçà de la ligature en masse. Il place ensuite des points de suture séro-séreuse au delà des limites des deux escharres.

Il exécute la gastro-entérostomie d'une manière un peu différente. L'intestin grêle est cautérisé, comme il a été dit pour l'entéroanastomose. Il trace ensuite à la surface de l'estomac une incision elliptique, longue de 5 à 6 centimètres, large d'un centimètre et demi, ne comprenant que les tuniques séreuse et musculeuse. Il enlève rapidement le lambeau musculaire; on aperçoit alors la face externe de la muqueuse stomacale recouverte de la celluleuse. Il cautérise toute la surface exposée de la muqueuse avec le thermocautère et termine par une rangée de sutures séroséreuses très espacées. Il a répété sept fois sur le chien les opérations précédentes avec sept succès. — Les procédés sans ouverture de la muqueuse, comme ceux de Souligoux et ceux de M. Chaput, sont indiqués toutes les fois qu'il n'y a pas de rétention stercorale. En cas contraire, on aura recours aux procédés des sutures ou aux boutons anastomotiques bien connus.

M. Routier trouve que le procédé de M. Souligoux n'est pas si sûr qu'il le paraît. Le sphacèle peut être un point de départ d'infection.

M. Reynier croit que le procédé en question est excellent; mais il ne faut pas l'accepter pour la suture circulaire.

M. Legueu fait une communication sur un *un cas de torsion du cordon spermatique avec phénomènes d'étranglement.*

M. Marchant présente une malade opérée pour lithiase vésiculaire de *cholécystectomie.*

M. Delorme montre un malade guéri d'*accidents névritiques par la compression forcée.*

M. Quénu insiste sur les avantages de la névrectomie à distance.

M. Schwartz doute un peu de la valeur de la compression dans les névrites.

M. Reynier critique la valeur de la névrectomie, car les nerfs peuvent être atteints très haut.

M. Terrier insiste, en l'espèce, sur l'importance du terrain et rappelle les recherches de Charcot sur l'hystéro-traumatitisme. Donc, bien se rappeler qu'il y a autre chose que l'influence de la compression dans les cas de guérison pour accidents névritiques.

M. Quénu a fait seulement la comparaison entre la névrectomie et les amputations successives pour névrites.

M. Delorme défend la compression. Il admet l'élément nerveux, mais aussi l'élément infectieux dans ces névrites.

Marcel Baudouin.

Séance du 22 juillet 1896. — Présidence de M. Monod.

Discussion sur l'extirpation totale du cancer du rectum.

M. Quénu expose les dangers de l'extirpation totale et signale parmi eux un état de collapsus tout spécial à ce genre d'opération qui enlève assez souvent le malade en vingt-quatre heures. Il insiste sur les avantages de l'exploration iliaque préalable après laparotomie et est partisan de faire un anus iliaque avant de tenter l'extirpation totale pour tâcher d'assurer, dans la mesure du possible, la désinfection du bout périphérique de l'intestin.

M. Chaput trouve que l'anus iliaque préventif affaiblit le malade et recule l'opération radicale pour s'assurer les bénéfices d'une désinfection illusoire.

M. Reclus défend l'opération de l'anus iliaque. La Société de Chirurgie a, il y a plusieurs années, reconnu son excellence; une fois qu'il est pratiqué, le malade reprend des forces et est en meilleur état pour subir l'extirpation totale, dont M. Reclus, à l'heure actuelle, n'est que bien rarement partisan.

M. Tuffier distingue, à ce sujet, deux cas dans les cancers du rectum; dans les uns, il y a obstruction intestinale et l'anus iliaque ne donne pas de bons résultats; dans les autres, l'intestin est perméable et l'on pratique avec succès l'anus contre nature.

M. Berger a observé, après deux opérations de Kraske, des phénomènes de collapsus analogues à ceux que vient de décrire M. Quénu, et qu'il a attribué à l'intoxication iodoformée.

M. Quénu ne nie pas ces cas d'intoxication, il sait que le rectum absorbe très rapidement l'iodoforme, mais dans plusieurs de ses observations, le rectum avait été tamponné avec de la gaze simplement stérilisée. Il ne croit pas à la possibilité de la désinfection suffisante du bout inférieur du rectum par les injections après l'anus iliaque; le curettage dans ce but serait préférable. Il a tenté d'appliquer le carbure de calcium comme M. Guinard l'a fait pour le cancer utérin, il n'en a pas retiré de résultats satisfaisants.

M. Chaput persiste à ne pas être partisan de l'anus iliaque préventif dans la cure radicale du cancer du rectum, parce que cette opération préalable recule de trois semaines environ l'extirpation, ce qui est dangereux, à son avis, chez des malades cancéreux en voie de cachexie.

Pied bot varus équin congénital invétéré.

M. Kirmisson fait un rapport sur une observation de M. Rochard. Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, atteint de pied-bot varus équin, opéré par M. Rochard en août 1895. M. Rochard, se basant sur l'âge du malade, fit une large tarsectomie, enleva l'astragale, le scaphoïde, le cuboïde et les deux tiers antérieurs du calcanéum. Deux mois après, le malade était guéri. Il fut présenté à la Société, marchant avec une chaussure munie de deux tuteurs latéraux. M. Kirmisson, malgré l'excellence du résultat obtenu, croit que la tarsectomie n'est pas indiquée par l'âge du sujet; il croit préférable de se borner à des sections appropriées des parties molles et à l'arthrotomie.

La discussion de cette importante question est renvoyée à une séance ultérieure.

Kyste séreux du cou avec prolongement médiastinal.

M. Verchère a opéré un kyste séreux du cou, dont il n'a pu faire l'extirpation totale à cause d'un prolongement dans le médiastin; il s'est borné à tamponner ce prolongement avec de la gaze iodoformée et le malade est guéri.

Entéroanastomoses par cautérisation.

M. Chaput présente des pièces d'entéroanastomose obtenues expérimentalement par cautérisation. Le procédé n'a pas donné de bons résultats pour l'anastomose circulaire; car les deux chiens ainsi opérés sont morts.

Elections. — Au cours de la séance, M. Lejars a été élu et proclamé membre titulaire de la Société. J. Noir.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 9 juillet 1896.

M. Feulard présente une enfant atteinte de *syphilis héréditaire* et qui présente aussi typiques que possible les dents dites d'Hutchinson.

M. Fournier présente un malade qui est un exemple de *contagion de la syphilis à l'hôpital.* Il s'agit d'un malade atteint d'eczéma qui a contracté à l'hôpital deux chancres syphilitiques du bras.

M. Mendel présente un malade atteint de *laryngite tertiaire grave traitée par les injections de calomel* (0,05 centigr. tous les dix jours).

MM. Long et Valency présentent un malade atteint de *lèpre autochtone.* Il s'agit d'un Breton qui n'a jamais quitté son pays, ne connaît aucun lépreux dans sa famille et qui est atteint depuis l'âge de 8 ans (âgé actuellement de 31 ans) d'une lèpre mixte caractéristique. L'examen histologique a démontré la présence des bacilles de Hansen. La poussée actuelle est récente et elle est survenue après une accalmie de 22 ans.

MM. Gaucher et Claude font une communication sur la nature de la dermatite herpétiforme. Dans le cas présent, ils considèrent qu'il ne peut s'agir d'auto-intoxication, l'urine étant normale, et ils se rattachent à un trouble dynamique du système nerveux, les examens bactériologiques faisant aussi exclure l'infection.

MM. Hallopeau et Bureau présentent un cas de *mycosis fongoïde à localisation initiale, éruption polymorphe et végétations axillaires et inguinales.*

MM. Hallopeau et Bureau font une communication sur *un cas de lichen scrofulosorum, sa nature et ses relations avec l'eczéma séborrhéique.* L'examen histologique dénote la pré-

sence de cellules géantes. Une inoculation permettra de décider si cette dermatose est liée à une prolifération de bacilles dans les glandes sébacées de l'enfant ou à un mode de réaction particulier des organes sous l'influence de toxines de même origine. Cette dernière interprétation paraît la plus vraisemblable en raison de la facilité avec laquelle guérit cette éruption sans laisser trace de destruction des tissus, des résultats négatifs qu'a donnés à beaucoup d'auteurs la recherche du bacille, et de ce fait que Schweninger et Buzzi ont vu la tuberculine donner lieu à une éruption semblable. Ce dernier fait a une signification décisive : ils pensent que les toxines tuberculeuses suffisent à produire cette dermatose. Ils viennent s'ajouter aux observations de l'un des auteurs pour permettre d'affirmer qu'elle est de nature tuberculeuse. Les saillies des comédons rappellent ceux de l'acné cornée : une grande plaque interscapulaire offre une remarquable ressemblance avec celles de l'eczéma séborrhéique ; ce fait établit que des maladies de nature très différente peuvent prendre l'aspect typique des manifestations de l'eczéma séborrhéique. On est conduit ainsi à démembrer la dermatose de Unna et à y distinguer les manifestations glandulaires du psoriasis de l'eczéma du pityriasis rubra-pilaire et du lichen scrofulosorum.

M. Fournier présente un malade atteint *d'hémiplégie spinale syphilitique précoce.*

M. Brault envoie une note sur le *traitement du psoriasis par les sels mercuriels.*

REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

I. — Précis clinique de pathologie générale ; par le Pr Krehl. Traduit par S. Bernheim. — Maloine, édit., 1895.

I. — Le précis clinique du Pr Krehl est le résumé de l'enseignement fait aux étudiants de Leipzig. Il s'agit donc avant tout d'un livre élémentaire. L'auteur étudie pour chaque organe les conditions physiologiques de son fonctionnement; puis il passe en revue les diverses modifications fonctionnelles que put présenter cet ouvrage, en donnant les causes principales des modifications. C'est ainsi qu'il étudie successivement : la circulation dans les diverses parties : cœur, vaisseaux sanguins et lymphatiques; le sang, globules, hémoglobine et sérums; la respiration externe ou pulmonaire et la respiration interne ou des tissus ; la digestion et les divers sucs digestifs ; les échanges organiques ; la fièvre ; l'élimination des urines ; le système nerveux. A côté de faits précis, bien démontrés par la clinique et l'anatomie pathologique, ainsi que par l'expérimentation, il reste une grande place pour les hypthèses que l'auteur discute successivement. Ainsi compris et exposé, le précis de pathologie générale du Pr Krehl est plutôt une introduction à l'étude de la pathologie et de la clinique qu'une étude d'ensemble sur la pathologie, une sorte de philosophie scientifique de la pathologie. Pas de vue d'ensemble, peu de grandes lignes ; mais seulement l'étude des modifications fonctionnelles des diverses parties de l'organisme, tel est le but que semble s'être posé l'auteur.

II. — Cours de pathologie générale ; par Sarda. — G. Masson, 1896.

II. — Avec M. Sarda, la pathologie générale redevient la philosophie de l'art médical. « C'est l'étude des maladies en général, c'est-à-dire que procédant par synthèse, à l'inverse de la pathologie spéciale dont la méthode d'étude est l'analyse, elle considère les maladies dans leur ensemble ; elle cherche à déterminer les lois qui président à la naissance et à l'évolution des processus morbides ; elle classe les causes, le siège, les manifestations générales ou locales des maladies ; elle étudie les rapports de causalité qui relient les unes aux autres, leurs modes d'invasion, leur marche, leurs types, leurs périodes, leur durée, leurs modes de propagation et de terminaison ; elle définit les termes du langage médical ; elle fixe la nature des indications thérapeutiques. C'est donc elle qui crée les classifications, qui établit le cadre nosologique, où viennent se rencontrer les maladies étudiées et différenciées par la pathologie spéciale. Elle a encore pour but d'apprécier les doctrines médicales d'autrefois et d'aujourd'hui. » Après une étude de la définition de la maladie, l'auteur examine l'immunité et ses causes, l'état morbide, les tempéraments et les diathèses. L'hérédité forme ensuite le sujet d'un long chapitre. En somme l'auteur s'est efforcé de rapprocher les anciennes doctrines médicales, et de les éclairer à l'aide des découverts nouvelles. Exposé clairement et sans phraséologie, ce précis se remarque par sa netteté et sa concision.

III. — Etude sur les entités morbides. Lois de morbidité ; par Boucher. — Doin, 1895.

III. — Dans cette exposé doctrinal, l'auteur cherche à faire revivre les grandes diathèses des anciens auteurs. Se basant sur son expérience personnelle, sur l'étude des épidémies d'oreillons, de rougeole, de scarlatine qu'il a eu à soigner; les analysant en leur étiologie, leur symptomatologie et leur thérapeutique, il conclut que toutes ces affections, ainsi que le rhumatisme articulaire aigu, ne constituent pas des entités morbides, mais bien des manifestations d'un état constitutionnel dont le principe, infectieux de sa nature, évoluerait suivant les cas, tantôt sur les glandes déterminant les oreillons, tantôt sur les muqueuses ou les téguments et donnerait la rougeole, la scarlatine, l'érysipèle et enfin le rhumatisme articulaire aigu. La deuxième partie de ce mémoire est consacré à l'étude des termes supérieurs de la série infectieuse. L'auteur s'efforce de démontrer « que les manifestations morbides, termes d'évolution de ce principe infectieux, se font suivant un type unique, le type rhumatismal. » L'étude du bacille de Lœfler, de ses rapports cliniques avec les autres microorganismes de la bouche, le rôle des associations microbiennes, l'étude clinique de diverses épidémies de diphtérie constitue le bon de ce second livre. Deux facteurs créent toutes les maladies : Les éléments athmosphériques, agents extérieurs à l'homme; les deuxièmes provenant de l'homme sont produits par la fermentation des protoplasmas cellulaires. L'agent intermédiaire, terme de relations entre les deux premiers, est l'impressionabilité de l'organisme.

IV. — Les toxines microbiennes. — Contribution à l'étude de leur action physiologique; par Artaud. — J.-B. Baillière, 1895.

IV. — L'étude des toxines microbiennes est encore peu avancée ; cependant son importance devint chaque jour plus grande en clinique. M. Artaud a étudié l'action des toxines du pneumobacillus liquefaciens oris, du bacille de la morve, du bacillus heminecrobiophilus. Chaque série d'expériences a permis d'établir les symptômes cliniques produits par l'injection de chacune de ces toxines. Chacune entraîne des effets immédiats et des effets secondaires, évoluant lentement, après une phase silencieuse ou d'incubation, ou de durée variable. Chacune de ces actions doit relever d'éléments chimiques divers de la masse totale du poison. Enfin il semble que certaines toxines agissent proportionnellement à la dose de toxine injectée.

V. — Les ferments solubles; par Bourquelot. — Société d'Editions scientifiques, 1896.

V. — M. Bourquelot a consacré un travail des plus intéressant à l'étude des ferments solubles. Ce sont surtout les ferments végétaux qui constituent le fond de cette étude. Ils sont en effet de beaucoup les mieux connus et les plus faciles à étudier. Cependant l'auteur ne néglige pas les ferments phisiologiques animaux et leur étude est des plus soignée. Pour les ferments d'origine microbienne, nous sommes beaucoup moins avancés et en dehors de la toxine diphthérique, et de la toxine du tétanos, jusqu'ici les mieux étudiés, nous n'avons guère de notions précises sur ces produits de la vie bactérienne. Quelle est leur nature exacte. L'auteur n'ose se prononcer catégoriquement. Si certains caractères les rapprochent des ferments solubles, l'assimilation complète serait prématurée et il vaut mieux actuellement rester dans une prudente réserve. L'auteur étudie successivement le siège et le lieu de production de chaque ferment soluble, son mode de préparation, ses caractères généraux et sa composition chimique. Les réactions qu'ils présentent présentent le plus grand intérêt. Peut-on soutenir ou nier leur individualité? Il est encore impossible de se prononcer actuellement. Il est aussi important de connaître l'influence que pourrait avoir sur les ferments solubles, les

agents physiques et chimiques. Ici nous sommes mieux renseignés et les résultats acquis sont beaucoup plus satisfaisants. Enfin un dernier chapitre est consacré à la théorie des fermentations déterminés par les ferments solubles. Tel est le résumé trop succint de cet excellent livre, qui a sa place auprès de tout médecin.

VI. — Chylons and adipose Ascites. A Clinical, historical and experimental Study; by Arthur Edwards — Reprinted from *Medicine*, August, 1895. — Geo Davis, publisher.

VI. — A propos d'un cas d'ascite chyleuse, l'auteur a étudié complètement cette affection encore si peu connue. Il a relevé 97 faits de cette maladie, et sur ce nombre considérable de cas a établi une étude complète de cette variété d ascite. C'est une mise au point complète et très exacte de la question.

Ch. Mirallié.

HYDROLOGIE

Le coli-bacillose.

L'une des plus intéressantes découvertes contemporaines est celle du coli-bacille, cet hôte, habituellement inoffensif, du canal intestinal, qui peut, à certaines heures graves, devenir l'agent de la toxémie stercorale et des auto-empoisonnements mortels. On retrouve, en effet, les traces meurtrières du coli-bacille dans toutes les gastro-entérites, y compris le choléra et la typhoïde ; dans les ictères et les hépatites, les néphrites, les angines, les suppurations les plus diverses : on a même décrit des méningites, des cardites, des pneumonies, dont le coli bacille représentait l'évident élement microbien...

Comment, et à la faveur de quelles conditions, peut s'exalter, à ce point, la virulence d'une bactérie commune et banale ? Pourquoi, d'innocent et même de bienfaisant (selon certains auteurs qui lui confèrent un rôle eupeptique), le *bacillus coli* arrive-t-il à sécréter des toxines aussi délétères que les eberthiennes elles-mêmes ? Comment, enfin, cesse et dégénère, pour arriver à l'innocuité absolue, son pouvoir pyogène et septicémique ? Autant de questions dont les reponses sont encore bien ténébreuses à tenter !

Tout ce que nous savons, c'est que l'intestin, irrité et desquamé par la constipation chronique et par la phlogose qui en résulte, se laisse pénétrer par le coli-bacille : de là, infection du sang. Nous savons aussi que la purgation saline bien dirigée, en éliminant et en détruisant les poisons pathogènes élaborés par le microbe, nous met à l'abri des accidents prodromiques des embarras gastro-intestinaux. Dominici a démontré, enfin, le rôle capital joué par les troubles hépatiques et les altérations biliaires, sur cette genèse de virulence anormale, dont le bacille du côlon est coutumier.

Pratiquement, ne faut-il pas conclure que la meilleure méthode préventive des méfaits bactériens réside dans la modification du milieu où le petit bâtonnet vit et se transmute ? Or, de l'avis unanime des premiers cliniciens du globe, le meilleur modificateur, dans ce sens, est l'eau naturelle d Hunyadi Janos. Toute personne soumise à l'emploi régulier de cette eau sera abritee contre le coli-bacillose : *c'est là un fait d observation*. Mais, c'est en vain qu'on chercherait un succédané dans les autres cathartiques : c'est en vain, même, que certaines sources hongroises, nouvellement venues à la lumière, cherchent à bénéficier de l'antique renommée de leur aînée. *Ars tota in observationibus* : rien ne se fait de sérieux, en thérapeutique, sans le concours du temps et de l'expérience ..

On est véritablement stupéfait, lorsqu'on envisage l'étendue du domaine pathologique du coli-bacille, « cet ennemi vigilant, caché dans l'organisme et prêt à profiter des ses moindres défaillances (Gilbert) » pour devenir septicémique et pathogène, dans les organes les plus lointains et qu'on dirait les plus étrangers à l'intestin. Pour moi, ces découvertes de la moderne microbie éclairent, d'un jour nouveau, l'admirable prescience de nos anciens (Murchison, Jules Guérin, etc) vantant la prophylaxie typhoïde par les cathartiques habituels.

Non seulement le saprophytisme intestinal est, mécaniquement, enrayé par le balayage, *ab ore usque ad anum* ; non seulement en recourant à l'eau eccoprotique et dépurative par excellence, Hunyadi Janos, nous réveillons les hypercrinies normales, mais encore nous exaltons singulièrement la puissance phagocytaire ; nous équilibrons l'action vasomotrice du tronc cœliaque, véritable cerveau du ventre. J'ai, dans mes *Esquisses d'hydrologie*, mis en lumière cette action complexe, si fidèlement curative lorsqu'on la compare aux illusions menteuses de l'antisepsie interne ! Après une ou deux purgations consécutives par l'eau d'Hunyadi Janos, on assiste à la diminution, à la disparition des acides sulfoconjugués. Aussi, les praticiens les plus éclairés recherchent volontiers cette action salutaire d'Hunyadi Janos, chez les ralentis de la nutrition, chez les arthritiques, qui font de la si mauvaise chimie intérieure ; chez les uricémiques, les dyspeptiques, les neurasthéniques, les urémiques, surtout, exposés, de par la viciation de leur milieu humoral, à tous les multiples périls de la toxémie coli-parasitaire. C'est ainsi qu'Hunyadi Janos justifie son beau titre d'*agent macrobiotique*, que lui délivrait un de nos maîtres.

En vérité, plus la pathologie s'éclaire et plus la thérapeutique traditionnelle se dégage, dans sa simplicité : *initium salutis bene moratus venter*. Dr E. Monin.

VARIA

Le Service Medical de l'Éxposition de 1900

Tout n'est pas rose dans le métier de Journaliste et d'Apôtre de l Idée. Le Service Médical de l'Exposition de 1900 semble vouloir en être une nouvelle preuve.

Après l'éreintement de l'Administration, qui pille les inventeurs quand elle en a besoin et qui les met à la porte, quand ils ne veulent pas se mettre à genoux devant elle, voilà la grande Presse qui s'en mêle et apprécie à son tour...

Le *Petit Journal*, après avoir reproduit la note officieuse insérée d'abord dans le *Temps*, n'hésite pas une minute.

« Il convient, dit-il, de féliciter la Commission d'avoir repoussé le projet *ab olument baroque* d'édifier un Hôpital dans l'Exposition même. »

L'Administration, qui a tenu à nous faire dire ce que nous n'avons jamais dit, pour pouvoir nous terrasser à jamais, est donc coupable, en l'espèce, d'avoir mis en circulation une idée que nous n'avons jamais defendue devant elle — et encore moins devant la Commission, puisqu'on ne nous a pas appelé devant cette dernière. Nous répétons encore une fois que nous voulions un Hôpital situé *à côté* de l'Exposition.

Et, à supposer que nous l'ayons demandé dans l'Exposition même, qu'y aurait-il eu de « baroque » à cela? Nous ne faisons pas remarquer qu'il en était ainsi à Chicago, en 1893 .. On nous traiterait d Yankee et. . d'insensé. Bornons-nous à répondre que, puisqu'on met dans l'Exposition des *avertisseurs d'accidents*, des *postes de secours*, une *pharmacie*, des *médecins à demeure*, etc., etc., on aurait bien pu y introduire un tout petit Hôpital de Prompts-Secours, qui n'est en somme qu'un poste un peu agrandi. Mais ces idées sont évidemment trop claires et trop simples pour être comprises par des élèves de l'Ecole Polytechnique.

Ce qu'il y a de plus cocasse en cette affaire, c'est que c'est le *Petit Journal* qui, par la plume si alerte et si pimpante de notre confrère Emile Gautier nous a, dans la grande Presse, donné le plus puissant coup d'épaule, en ce qui concerne nos idées sur le service des Prompts Secours. Et voilà maintenant que le dit Journal traite ces mêmes idées de baroques ! — Nous preferons croire à un moment d'inattention d'un jeune secrétaire de rédaction plutôt qu'à un mauvais vouloir ou à un revirement d'opinion qu'on ne s'expliquerait guère.

Marcel Baudouin.

Les Universités.

Le *Journal officiel* a promulgué la loi constituant les Universités et, par le fait seul de cette promulgation, les Universités se trouvent constituées et le conseil général des facultés devient le conseil de l'Université. En conséquence, M. Rambaud, ministre de l'instruction publique, a adressé aux recteurs académiques une circulaire les invitant à soumettre à ces conseils la question de savoir quelles dispositions nouvelles ou d'ordre local ils estiment qu'il convient d'ajouter aux dispositions des règlements actuels.

Création d'Ecoles d'Infirmières à Montevideo (Uruguay).

Grâce à l'initiative de notre ami le Dr Arrizabalaga, ex-interne des hôpitaux de Paris, professeur à la Faculté et chirurgien des hôpitaux de Montevideo, le gouvernement de la République orientale de l'Uruguay a adopté un projet de création d'Ecoles d'Infirmières.

Ancien élève de M. le Dr Bourneville, à Bicêtre, l'auteur de ce projet, a eu à lutter à Montevideo contre l'influence catholique, ennemie en Uruguay comme en France de toute amélioration et de tout progrès. On ne saurait trop le féliciter de la persistance et de l'énergie qu'il a mises à la réalisation prochaine de ce projet. Espérons qu'avant peu nous pourrons annoncer l'inauguration et exposer l'organisation des Ecoles d'Infirmières de Montevideo.

Etudiants en médecine étrangers.

Le Ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes vient d'adresser aux Recteurs la circulaire suivante :

Paris, le 21 juillet 1896.

Monsieur le Recteur,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance les mesures que j'ai décidées au sujet des étudiants en médecine étrangers. Les services et laboratoires de nos Facultés de Médecine continueront de rester grands ouverts, et sans condition, aux médecins étrangers qui, leurs études terminées dans leurs pays respectifs, viennent en France pour se perfectionner dans telle ou telle branche de leur art.

Quant aux jeunes gens, chaque année plus nombreux, qui viennent de l'étranger en France pour y commencer et y poursuivre les études médicales, il y a lieu de distinguer entre ceux qui ont l'intention de s'établir en France pour y exercer la médecine, et ceux qui se proposent, leurs études terminées, de retourner dans leurs pays d'origine.

Pour les premiers, il est juste de les astreindre aux mêmes conditions que nos étudiants nationaux. Ils ne recevront donc le diplôme d'état, conférant le droit d'exercer la médecine en France, que si, au moment de leur première inscription, il justifient du diplôme français de bachelier de l'enseignement classique (lettres-phylosophie) et du certificat des sciences physiques, chimiques et naturelles.

Pour les autres, qui sont d'ailleurs de beaucoup les plus nombreux, il continuera de leur être accordé, comme par le passé, et plus largement encore, dispense du baccalauréat français en vue de l'inscription dans les Universités; mais le diplôme qu'ils pourront recevoir à la fin du cours régulier des études ne leur conférera pas le droit d'exercer la médecine en France. Avis devra leur en être donné aux secrétariats des Facultés, au moment de leur inscription. Les demandes de dispenses formées par les étudiants de cette dernière catégorie devront m'être adressées comme par le passé.

Les présentes mesures n'ont pas d'effet rétroactif et ne s'appliquent pas aux étudiants étrangers inscrits dans les Universités en 1895-1896. Il continuera d'être accordé, en vue des études médicales, des équivalences de baccalauréat aux étudiants originaires de pays auxquels nous lient, pour cet objet, des conventions internationales.

Recevez, Monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes.

A. Rambaud.

Prix de la Société médico psychologique.

Prix proposés pour l'année 1897.

Prix Aubanel. — 2.000 francs. — *Les auto-intoxications dans leurs rapports avec les délires.*

Prix Belhomme. — 600 francs. — *Du langage chez les idiots.*

Prix Esquirol. — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). — Ce prix, de la valeur de 200 fr. sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1895 et 1896, devant les Facultés de Médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

Nota. — Les mémoires, manuscrits ou imprimés pour les prix à décerner en 1897, devront être déposés le 31 décembre 1896, chez M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés : ceux qui ne seront pas signés seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant le nom et l'adresse des auteurs.

La vente des sérums thérapeutiques.

Par décret, la préparation des sérums thérapeutiques est autorisée dans les établissements et suivant les conditions ci-après déterminées :

1° Institut Pasteur de Paris. — Sérum antistreptococcique ; sérum antitétanique ;

2° Laboratoire de Bordeaux, dirigé par le Pr Ferré. — Sérum antidiphtérique ;

3° Laboratoire de Marseille, dirigé par le Dr d'Astros. — Sérum antidiphtérique.

4° Laboratoire de Montpellier, dirigé par le Dr Poujol. — Sérum antidiphtérique.

Ces produits pourront être débités à titre gratuit ou onéreux. L'autorisation dont ils sont l'objet est temporaire et révocable, ils sont soumis à l'inspection prescrite par la loi.

Témoignage de reconnaissance.

A la Chambre des Communes d'Angleterre, un député conservateur du Middlesex, M. Henry-Charles Stephens, dont le frère a péri dans la catastrophe du *Drummond-Castle*, a interrogé récemment le gouvernement britannique sur la manière dont celui ci se proposait de reconnaître la générosité des habitants de l'île de Molène. Voici le résumé de sa curieuse question : M. Stephens demande si l'île de Molène est bien approvisionnée d'eau douce et si les attaques de choléra et d'autres maladies contagieuses, subies à plusieurs reprises par les habitants de l'île, ont pour cause le manque d'eau potable. L'orateur voudrait savoir si, en reconnaissance de la conduite pleine d'humanité et de courtoisie des habitants et des autorités de l'île de Molène, à l'occasion du récent désastre du *Drummond-Castle*, on ne pourrait pas s'informer si l'offre d'approvisionner l'île d'eau potable, soit par des puits, soit par des condensateurs, ou par tout autre moyen, serait acceptable; M. Stephens a conclu en exprimant le vœu que des communications à ce sujet soient adressées au gouvernement français. M. Arthur-James Balfour, premier lord de la trésorerie et leader de la Chambre des communes, a répondu, en substance, comme suit : Le gouvernement de la reine ignore quelle est la condition de l'île de Molène, au point de vue de l'eau potable. Il étudie la question de savoir de quelle manière il exprimera la reconnaissance de l'Angleterre pour la bonté et l'humanité dont la population et les autorités de Molène ont fait preuve. L'orateur ne peut, pour le moment, que remercier M. Stephens pour sa suggestion.

L'Hygiène dans les nouvelles Prisons de la Seine.

Une délégation du Conseil général de la Seine, accompagnée du Préfet de police et de divers membres du Conseil supérieur des prisons, s'est récemment rendue à Fresnes-les-Rungis, près Bourg-la-Reine, pour visiter les travaux du nouveau groupe de prisons départementales qu'on est en train d'élever sur ce point. On sait que le département de la Seine, sur l'initiative de M. Lucipia, a entrepris la réorganisation complète des prisons de la Seine. On a commencé par les services intéressant les enfants. Jusqu'à ce jour les enfants étaient enfermés en cellule à la Petite-Roquette. Dans quelques semaines cette situation prendra fin, et les enfants envoyés en correction paternelle ou condamnés par les tribunaux seront dirigés non plus sur la *prison*, mais sur l'*Ecole de Montesson*. Là, dans une magnifique propriété, au bord de la Seine, et au grand air, ils apprendront un métier qui leur permettra de gagner honorablement leur pain. L'établissement de Montesson est le plus bel établissement de ce genre qui existe en France.

Les prisons de Fresnes sont destinées à remplacer Mazas, Sainte-

Pélagie, la Grande-Roquette et l'infirmerie centrale des prisons de la Seine. La prison de Fresnes présente le grand inconvénient de contenir une population trop nombreuse. Mais c'est la seule critique qu'on puisse lui adresser. La délégation du Conseil général a visité avec intérêt la nouvelle cellule dont la ventilation, l'éclairage, le chauffage ont été assurés de la façon la plus satisfaisante. La question si compliquée (pour une maison cellulaire) des cabinets d'aisances a été résolue dans des conditions parfaites. Dès qu'on accumulait deux mille condamnés sur un même point, il fallait prendre des mesures sérieuses au point de vue de l'hygiène afin d'éviter toute épidémie. Ces mesures ont été largement prises par l'architecte, et on peut dire qu'aucune prison d'Europe ne contient de cellule qui, tout en conservant le caractère sévère que doit affecter une prison, soit aussi hygiénique, aussi saine et aussi facile à tenir en état parfait de propreté que la prison de Fresnes-les-Rungis. Le problème en ce qui concerne les enfants et les hommes est résolu; il reste, pour terminer la tâche, à la résoudre en ce qui concerne les femmes. La démolition de la prison de Saint-Lazare s'impose, car cette prison dans une ville comme Paris est une véritable honte. Le Conseil général de la Seine n'admet pas la prison administrative qui est infligée par la préfecture de police à certaines pensionnaires de Saint Lazare, mais il semble possible de mettre tout le monde d'accord en demandant au Conseil général de supprimer Saint-Lazare, en tant que prison de droit commun. Il faut que l'épouvantable promiscuité qui existe à Saint-Lazare prenne fin dans le plus bref délai possible.

La lutte contre l'alcoolisme en Suisse.

La loi sur les aubergistes dans le canton de Zurich.

Dans la dernière séance du Comité consultatif d'Hygiène, M. Proust a donné des renseignements sur la loi adoptée dans le canton de Zurich en vue d'apporter des restrictions au libre exercice de la profession d'aubergiste, restaurateur, hôtelier, etc. Cette loi a été adoptée par 42.152 voix contre 15,592, résultat très inattendu, vu qu'une forte opposition avait surgi parmi les sociétés ouvrières, les aubergistes, les épiciers. Voici les principales dispositions de la loi nouvelle :

Un étranger ne peut recevoir une patente qu'après avoir séjourné une année dans le canton, ou bien en qualité de propriétaire de la maison dans laquelle se trouve l'établissement qu'il veut exploiter, ou bien comme employé d'une corporation responsable de l'observation des lois et règlements. Aucune patente ne peut être délivrée a quiconque a commis un délit contre les mœurs. Elle ne peut l'être, pour quiconque a commis d'autres délits, que dix ans après l'expiration de la peine. La patente est également refusée aux personnes privées par jugement de leurs droits civiques. Elle peut l'être à tous ceux qui ne présenteraient pas de garanties personnelles de moralité et d'honnêteté suffisantes, ainsi qu'à tout particulier qui l'aurait demandée pour le compte d'une autre personne n'ayant pas droit à l'obtenir. La patente peut être retirée pour les mêmes motifs. L'exercice de la profession d'aubergiste, hotelier, restaurateur, etc., est interdit : aux membres du gouvernement et du tribunal cantonal; aux procureurs généraux; aux gouverneurs et aux procureurs d'arrondissement, à leurs secrétaires, aux presidents et aux secrétaires de tribunaux de district; aux notaires, aux prêtres et aux maîtres d'école ; aux employés de la police cantonale et communale, comme à ceux de la maison de correction cantonale. Les communes ont le droit d'interdire l'exploitation d'une auberge, etc., aux fonctionnaires des offices de poursuites, aux juges de paix et aux officiers de l'état civil. Si dans une commune le nombre des débits dépasse la proportion de 1 pour 200 habitants, il ne sera plus accordé de patentes. Les demandes de patentes seront publiées. Quiconque croit avoir le droit de faire opposition à la délivrance d'une patente peut le faire par écrit. Le recours au gouvernement est ouvert contre refus d'une patente. Les restaurants et les autres établissements de même nature sont sous la surveillance de la police. Tout employé de ces établissements doit avoir un repos de huit heures toutes les nuits, soit entre 3 heures du soir et 8 huit heures du matin. Ils ont droit, en outre, une fois par semaine, à six heures de congé entre 8 heures du matin et 8 heures du soir. Les filles âgées de moins de vingt ans accomplis ne peuvent pas être engagées pour le service permanent. Il est défendu de donner des boissons à des individus ivres, comme à des jeunes gens au-dessous de seize ans non accompagnés d'adultes, à l'exception des jeunes gens en voyage. La liste des boissons débitées doit être affichée dans l'établissement, avec leurs noms, provenances, qualités et prix. Les marchands d'épiceries qui vendent, sans tenir un restaurant, du vin, du cidre ou de la bière, payent une patente de 20 à 200 francs, non compris la vente de bois[sons] distillées, pour laquelle il est perçu une surtaxe. Les contraventions moins graves contre la loi sont frappées d'amendes de 30 à 300 francs. Des aubergistes qui favorisent la débauche dans leurs établissements sont punis d'amendes de 100 à 500 francs, ou de la prison suivant le cas.

Quelques mots sur les embaumements.

On sait que l'embaumement est resté traditionnel en ce qui concerne les personnes dont les obsèques peuvent être plus ou moins retardées en raison de leur situation. On lira sans doute avec intérêt quelques détails techniques que le *Temps* a donné à ce sujet.

C'est chez les Egyptiens que l'embaumement a été le plus généralisé comme pratique; les Grecs et les Romains le pratiquaient peu, ayant adopté la crémation ou destruction des corps par le feu. On attribue l'étymologie du terme aux baumes employés pour préserver les corps de la décomposition. Cependant, sauf dans les classes riches, l'embaumement était des plus sommaires dans l'antique Egypte. L'embaumeur brisait, dans tous les cas, au moyen d'un instrument en fer, l'ethmoïde du crâne, retirait le cerveau, enlevait ensuite les intestins par une incision pratiquée dans le ventre, et les jetait dans le Nil. Le corps, nettoyé à l'essence de cèdre, était bourré de myrrhe, de canelle et de bitume, salé, entouré de bandes de lin, placé dans un étui en bois, et, finalement, rendu à la famille. Tel était l'embaumement, ou la momification de luxe. Pour la majorité des défunts, on se contentait d'une injection de liqueur antiseptique et d'une salaison de soixante-dix jours. La momification a été pratiquée aussi aux îles Canaries.

Au Mexique, de Humboldt a constaté un cas de momification naturelle aussi macabre que parfait. Les corps espagnols et péruviens abandonnés sur un champ de bataille, sur un sol privé de pluie, dans une atmosphère brûlante, s'étaient si rapidement desséchés qu'ils étaient restés raccornis, mais intacts.

En France, quelques tombeaux ont la propriété de momifier les cadavres par action chimique du sol et de l'atmosphère. On cite, entre autres le fameux caveau de Toulouse. L'embaumement s'est longtemps pratiqué par les aromates. Les viscères étant incisés et lavés à l'eau, au vinaigre et à l'alcool camphré, les incisions passées au sublimé, on remplissait les cavités avec une poudre composée de tan, de sel, de quinquina, de canelle et de benjoin, diluée dans une huile essentielle. Le corps, recousu, était verni avec un vernis aromatique comprenant du baume du Pérou, du styrax, des huiles de lavande et de thym, puis enveloppé de bandes et déposé dans un cercueil de plomb. Chaque embaumeur célèbre a fait, plus ou moins, varier la formule. Berzélius préconisait l'injection au vinaigre de bois. M. Broconot recommandait le sulfate de fer ou vitriol vert ordinaire. Le Dr Chaussier plongeait le corps parfaitement vide et lavé dans un bain de sublimé corrosif. Le Dr Gannal a eu la spécialité de l'embaumement par injection dans les veines d'une solution concentrée de sulfate d'alumine. Dans un mémoire à l'Academie des sciences, M. Falconi met au-dessus de tous les liquides conservateurs le sulfate de zinc. Une injection de quatre litres et demi de dissolution saturée de ce sel rend un corps imputrescible.

En somme, dans les procédés actuels devenus fort chimiques, on ne voit plus figurer le bitume qui était fondamental dans l'embaumement égyptien. Les Egyptiens s'en servaient d'une façon si générale qu'ils momifiaient jusqu'à des corps d'animaux en prodigieuses quantités. Lorsque le corps d'un décédé embaumé doit être ou mis à l'exposition publique, la masse cérébrale est extraite autant que possible par brisure de l'os ethmoïde ou trépanation : l'intérieur de la cavité cranienne est injecté au sublimé; la bouche, pour éviter l'affaissement des joues, est bourrée de coton ou d'étoupe imprégnée de poudre de colophane. Enfin, les yeux sont remplacés par des yeux de verre ou d'émail. Parfois, on recourt à un peintre pour rendre à la peau du visage un coloris rappelant celui de la vie. Souvent on veut conserver à part le cœur de la personne embaumée. On détache alors cet organe en laissant un bout des troncs artériels et veineux ; les cavités en sont bourrées de coton ou d'étoupe et le tout est plongé pendant cinq ou six jours dans une solution alcoolique de sublimé. Après ce temps, on retire le cœur, on l'essuie, on le sèche, et on le recouvre d'une couche de vernis rouge, puis on l'enferme dans une capsule de plomb ou d'argent.

Tels sont, dans leur indication très générale, les procédés mis en pratique pour réaliser l'embaumement.

FORMULES

Potion contre le purpura hémorrhagique. — M. Cardarelli.

Perchlorure de fer liquide. . .	1 gramme.
Limonade chlorhydrique . . .	200 grammes.

F. S. A. — Prendre le contenu du flacon, par gorgées, dans le courant de la journée (*Sem. méd.*).

Mélange contre la teigne faveuse. — (M. J. Khrénitchek.)

Acide phénique	} āā 10 grammes.
Baume du Pérou. . . .	
Pétrole.	} āā 100 —
Glycérine	

Mêlez. — Usage externe. (*Sem. méd.*).

NOUVELLES

Natalité a Paris.—Du dimanche 12 juillet au samedi 18 juillet 1896, les naissances ont été au nombre de 1.062, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 403 , illégitimes, 161, Total, 564. — *Sexe féminin :* légitimes, 368; illégitimes, 130. Total, 498.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424.705 habitants, y compris 18,380 militaires Du dimanche 12 juillet au samedi 18 juillet 1896, les décès ont été au nombre de 960, savoir: 514 hommes et 446 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 3. T. 7. — Typhus : M 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 8, F. 6, T. 14. — Scarlatine : M. 4, F. 5. T. 9 — Coqueluche : M. 5, F. 2. T. 7. — Diphtérie, Croup : M. 5. F. 5, T. 10 Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M 108, F. 74, T. 182. — Méningite tuberculeuse : M. 13. F. 8, T. 21. — Autres tuberculoses : M. 13, F. 7, T. 20. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 8, T. 8. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 27, T. 47. — Méningite simple : M. 15, F. 17. T. 32 — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 14, F. 28, T. 42 — Paralysie. M. 2, F 7, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 1, F. 6, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 35. F. 15, T. 50 — Bronchite aiguë : M. 5, F. 4, T. 9. — Bronchite chronique: M. 16, F. 10, T. 26. — Broncho-pneumonie : M 16, F. 8, T. 24. — Pneumonie : M. 16, F. 20, T. 36. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 20, F. 13, T. 33. — Gastro-entérite, biberon : M. 52, F. 32, T 84 — Gastro-entérite, sein : M. 7, F 6, T. 13. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 6, F. 2, T. 8. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M 1, F. 2, T. 3. — Fièvres et péritonite puerpérales: M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 15, F. 9, T. 24. — Sénilité : M. 11, F. 19, T. 30. — Suicides : M. 21, F. 7, T 28. — Autres morts violentes : M. 21, F 7, T. 28. — Autres causes de mort : M. 86, F. 71, T. 157. — Causes restées inconnues : M. 6, F 2, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 63, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 22, illégitimes, 13 Total : 35. — *Sexe féminin* : légitimes, 14, illégitimes, 14 Total : 28.

Faculté de médecine de Paris. — *Cours annexe.* — Notre ami M. Sevestre, médecin des hôpitaux, est chargé d'un cours annexe de clinique (service de la diphtérie) à l'hôpital des Enfants-Malades.

Ecole supérieure de Pharmacie de Montpellier. — La chaire de chimie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier est déclarée vacante. Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Ecole de Medecine de Dijon. — M. Ballier (Théodore), licencié ès sciences physiques, est institué pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie. — M. Bonnabeaud (Antoine), licencié ès sciences naturelles, est institué pour une période de neuf ans suppléant de la chaire d'Histoire naturelle.

Service de Santé militaire. — M. le médecin-major de 1re classe Michaud est nommé médecin principal de 2e classe et maintenu à Clermont-Ferrand.

Hôpitaux de Paris. — *La foudre à l'hopital Saint-Antoine.* — Mercredi dernier, 15 juillet, à deux heures de l'après-midi, pendant l'orage, un coup de tonnerre a éclaté et la foudre est tombée sur un batiment dépendant de l'hôpital Saint-Antoine. Il n'y a eu personne de blessé et les dégâts matériels ont été insignifiants. La décharge électrique a frappé un tuyau de plomb qui a fondu sur une longueur de cinquante centimètres.

Le Président de la République a l'Hopital de Villiers-sur-Marne. — Le Président de la République a tenu, avant d'aller prendre ses vacances, à inaugurer l'hôpital de Villiers, où sont soignés les enfants tuberculeux. Il était accompagné du général Tournier, des commandants Humbert et de la Garenne, officiers de sa maison militaire. M. Félix Faure a été reçu par M. le Dr Hérard président du conseil d'administration, les docteurs Blache, vice-président, Léon Petit, secrétaire général, etc. Dans une grande salle, sobrement décorée, a eu lieu la cérémonie officielle, qui a consisté en un échange de discours. M. le Dr Hérard a remercié le Président de la République de l'honneur qu'il a fait à cette hospitalière maison où l'on dispute à la mort les enfants atteints du plus redoutable des fléaux. M. Félix Faure a répondu. Avant de quitter l'hopital, le Président a attaché la rosette d'officier de l'instruction publique au Dr Petit, en lui disant qu'il espérait voir bientôt changer la couleur de ce ruban, les palmes d'officier d'académie à M. Perdriger, *entrepreneur de maçonnerie*, et à M. Boudet, *menuisier*. M. Boudet, qui n'est pas poète, doit être un des premiers menuisiers qui aient mérité les palmes violettes!

Hospice de Reims. — Le président de la République a visité à Reims la maison de convalescence qu'il a inauguré et a remis la croix de la Légion d'honneur à M. Neveux, président de la commission des hospices.

Hygiène des habitations a Paris. — *Installation de salles de bains* — Citons un procès en dommages-intérêts intenté par un locataire, contre son propriétaire, à l'occasion d'une installation de salle de bains jugée defectueuse. Le fils du locataire, âgé de vingt ans, avait été asphyxié dans sa baignoire. Le tribunal (6e chambre) a rendu son jugement. Il a estimé que les appareils de chauffage avaient été établis dans de mauvaises conditions; que, notamment, l'unique tuyau d'évacuation de l'oxyde de carbone, d'ailleurs insuffisant, manquait de tirage; qu'en un mot la mort de M. R... B... ne pouvait être attribuée qu'à la disposition vicieuse de la salle de bains. M. D. , propriétaire, a été condamné, en conséquence, à 20,000 francs de dommages-intérêts.

Exercice illégal de la Médecine. — M. Fleurent, pharmacien à Reims a été poursuivi à plusieurs reprises pour exercice illégal de la médecine ; il vient d'être condamné par le tribunal correctionnel à huit jours de prison et 200 francs d'amende. (*Union méd. du N.-E.*, 15 juillet).

Exercice illegal de la Médecine. — *Un faux Médecin.* — Une enquête a été faite par le juge d'instruction de Rochechouart sur le cas d'un certain Géry, qui a exercé pendant plusieurs mois la médecine à Saint-Laurent-sur-Gorre sans être pourvu d'un diplôme. Divers témoins ont été entendus, entre autres M. Y... dont le père est mort après avoir reçu les soins du faux docteur Géry. La femme de M. Z...., soignée pour une maladie sans gravité est morte également. MM. les Drs Hugonneau et Marquet, Jules Queroy, pharmacien, ont été entendus comme témoins par le juge d'instruction. On croit qu'il sera procédé à l'exhumation de plusieurs des victimes de Géry aux fins d'autopsie. Cette affaire fait un bruit énorme dans le pays. Géry qui a déjà été condamné par le tribunal de Rochechouart, pour exercice illégal de la médecine, comparaitra devant la cour d'assises peut-être à la session du mois d'août, car l'instruction est poussée très activement. Tout le monde s'attend pour le jour de l'audience à des révélations intéressantes.

Accident survenu a un Médecin — M. le Dr Robinet, sous-conservateur à la bibliothèque de la Ville, a fait, jeudi, une chute grave. Il était monté sur une échelle dans l'une des salles de la bibliothèque, afin de consulter des documents, quand l'échelle, mal fixée, vint à s'ouvrir et il tomba lourdement sur le parquet, se faisant, dans cette chute, une large ecchymose sur le crâne et se fracturant le radius. Un repos prolongé a été ordonné à M. le Dr Robinet.

Tentative d'assassinat sur un Médecin. — Le Dr Tuilant (de Bar-sur-Seine) a été victime d'une tentative d'assassinat, le 19 juillet. Un individu nommé Lasnier fils, meunier à Mery, étant chez le docteur, sous prétexte de consultation, a tiré cinq coups de revolver sur M. Tuilant qu'il avait terrassé. Le docteur a reçu trois balles, une dans la tête, une seconde balle dans le cou et la dernière dans la cuisse. Le meurtrier a été désarmé par un voisin accouru au bruit. La foule a failli lyncher le meurtrier. Celui-ci a déclaré qu'il voulait tuer le docteur parce que, autrefois, quand il était son condisciple au lycée à Troyes, on lui a fait une injustice. Le Dr Tuilant n'est pas en danger de mort. (*La Justice*, 22 juillet).

La fermeture des Pharmacies le dimanche est une mesure que doivent désirer tous les pharmaciens; dans aucune profession on n'est plus esclave et le repos hebdomadaire n'est mieux gagné. A Reims, il y a deux ans, un essai d'entente à ce sujet n'a pas réussi ; il avait été question de fonder dans le centre de la ville une pharmacie qui ne fonctionnerait que le dimanche : c'était bien compliqué, et il était beaucoup plus simple de laisser ouverte, à tour de role, une officine dans chaque quartier de la ville. C'est ce que viennent de faire les pharmaciens de Soissons. Ils ferment le dimanche à partir de midi ; une des officines reste seule ouverte et son adresse est affichée sur la porte de chaque pharmacie. (*Union méd. du N.-E.*, 15 juillet).

Etablissements insalubres. — Un décret inscrit dans la nomenclature des établissements dangereux insalubres ou incommodes les industries suivantes : Dépôts d'alcools d'un titre supérieur à 40° alcoométriques en fûts de bois, d'un approvisionnement supérieur à 150 hectolitres et en réservoirs métalliques d'un approvisionnement supérieur à 1.500 hectolitres ; Dépots d'alcool méthylique ou méthylène du commerce ; Fabrication des allume-feux résinés ; Lessivage des cendres de varechs pour l'extraction

des sels de potasse; Fabrication de l'aluminium et des alliages par procédés électro-métallurgiques en faisant usage des fluorures; Fabrication de la phellosine.

TROUBLES UNIVERSITAIRES EN AUTRICHE-HONGRIE.—M. Schindelka, professeur à l'Institut vétérinaire de Vienne, a été grièvement blessé d'un coup de feu, tiré par un étudiant qui avait échoué dans son examen. L'assassin, arrêté immédiatement, a déclaré que son insuccès l'avait réduit au désespoir, car il se trouvait condamné à faire trois années de service militaire au lieu d'une. Il y a un mois, les examinateurs avaient reçu des lettres les menaçant, pour le cas où ils se montreraient trop sévères.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE EN FRANCE. — On lit dans le *Mémorial des Deux-Sèvres* : Une épidémie de fièvre typhoïde sévit à Niort, au 7e régiment de hussards. Dix-huit hommes ont été atteints, dont un est mort; d'autres cas sont en observation. Les hommes atteints appartiennent tous au 2e escadron, alors que les cavaliers d'un autre escadron, jusqu'à présent indemne, prennent de l'eau au même filtre. Aucun cas n'est signalé en ville.

LES MORTS VIOLENTES EN ANGLETERRE. — La *Revue scientifique* publie le résumé d'une curieuse statistique sur les morts violentes en Angleterre et leurs causes. Pendant les douze mois de l'année 1895, 820 personnes habitant l'Angleterre ont perdu la vie dans des accidents de chemins de fer, tandis que 1,054 personnes ont succombé à des accidents de voiture. Il s'agit de gens tués ou mortellement blessés dans des voitures ou dans des wagons. Quant aux écrasés, et à ceux qui ont été broyés par un train ou foulés aux pieds par un cheval, ils se partagent en 253 victimes sur la voie ferrée et 372 victimes des chevaux et des voitures. Ce serait donc le chemin de fer qui offrirait la plus grande sécurité. — Le même travail renseigne sur d'autres causes de mort violentes. On y voit que la foudre a fait 15 victimes, l'insolation 41, le froid 91, le foot-ball 16, les bains froids 2,172, le cricket 3. Les suicidés se divisent en 2,052 hommes et seulement 677 femmes. Le foot-ball et la foudre présentent donc pour les Anglais un danger à peu près égal.

LA PATENTE DES MÉDECINS. — Nos confrères de Reims sont navrés de l'augmentation de population de leur ville qui, d'après le dernier recensement, dépasse 100,000 habitants et atteint le chiffre de 100,243; ces 243 concitoyens leur coûteront cher, car toutes les patentes sont augmentées dans les villes qui dépassent le chiffre de 100,000 habitants; et, en particulier, la patente des médecins qui était du quinzième de la valeur locative, va être portée au douzième pour les loyers dépassant 2,000 francs. Grâce aux centimes additionnels, la patente représente en réalité non le douzième, mais, comme à Paris, près du cinquième du loyer.
(*France Médicale*).

ALCOOLISME. — Protestation contre l'Alcoolisme, lue dans le *Temps* :

Quand follement chacun s'escrime
A trouver un vers laudatif,
Moi, je regarde comme un crime
De chanter cet apéritif;

Oui, ce Quinquina, dont on rêve,
Je le déclare très malsain,
Puisque, chaque jour, il enlève
Des malades au médecin.

Pierre Boscque, docteur en médecine.

Or, c'est une simple réclame!!

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. KÉKULÉ, le célèbre chimiste, professeur à l'Université de Bonn et directeur de l'Institut chimique depuis 1865. Il avait été d'abord *privat docent* à Heidelberg, puis professeur à Gand. Il s'est signalé par ses travaux sur la chimie organique d'une extraordinaire importance, et en particulier par ses recherches sur la benzine. — M. le Dr Anatole FLOUS, conseiller général républicain de la Gironde pour le canton de Villandraut. — M. le Dr GIRARD, médecin à Corme-Royal, près de Saintes, vient de se suicider en se tirant un coup de fusil dans le cœur. La mort a été instantanée. Déjà M. Girard avait attenté à ses jours une première fois, il y a quelque temps, en absorbant du laudanum. On arriva à temps pour lui administrer un contrepoison. Depuis longtemps déjà notre confrère subissait les effets d'un dérangement cérébral, causé par des chagrins d'ordre intime.

Chronique des Hôpitaux.

LA MATERNITÉ (119, boulevard de Port-Royal, faubourg Saint-Jacques). — M. le Dr Pierre BUDIN, accoucheur en chef. Enseignement clinique, le jeudi à 9 h. 1/2.

HOSPICE DE BICÊTRE — M. CHAPUT : Consultations pour les *affections chirurgicales de l'abdomen.* Maladies du tube digestif. Maladies des femmes, tous les lundis, à 10 heures. — *Asile-Ecole des enfants idiots, arriérés et nerveux.* M. BOURNEVILLE reçoit les médecins le *samedi*, à 9 h. 1/2.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Auguste VOISIN. Leçons cliniques tous les jeudis, à 10 heures (section Rambuteau), leçon sur les maladies mentales et nerveuses.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. MALOINE, place de l'Ecole-de-Médecine.

LE PARNASSE HIPPOCRATIQUE, recueil de poésies fantaisistes sur des sujets hippocratiques de genres divers, hormis le genre ennuyeux par le Dr MINIME. Un beau volume in 8 cavalier sur papier de luxe de 284 pages, 50 dessins originaux de Robida, édition de bibliophile tirée à petit nombre, 1896. Prix : 10 francs. — Il y a longtemps que le chroniqueur Minime avait annoncé une nouvelle édition de son Parnasse qui était épuisé depuis longtemps. Sans craindre les foudres du sénateur Bérenger, il travaillait silencieusement à enrichir cette collection célèbre qui avait fait les délices de plusieurs générations médicales; mais il a eu la bonne fortune de s'adjoindre cette fois un collaborateur dont le crayon fin et satirique a merveilleusement illustré les poésies chères aux enfants d'Hippocrate; 50 beaux dessins de Robida donnent un caractère vraiment artistique au Parnasse du Dr Minime. Afin que nul n'en ignore, Minime a mis dans sa préface que son livre ne s'adresse qu'aux disciples d'Hippocrate et que le premier devoir de la mère sera d'en défendre la lecture à sa fille. Le chroniqueur reconnaît franchement que quelques-uns des contes contenus dans ce modeste recueil sont grivois, anacréontiques ou gaulois, mais comme ils n'ont pas d'autres prétention que de servir de passe-temps à ses confrères et à faire disparaître les nuages qui obscurcissent parfois le front des nobles disciples d'Hippocrate, il espère que tous ceux qui aiment la gaîté l'approuveront et l'excuseront en faveur de l'intention.

DUFAUD. — Des angines couenneuses non diphtériques; considérations sur la pathogénie, le diagnostic et le traitement. Volume in-18 de 106 pages. — Prix. . . . . 1 fr. 50

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, S. CC'), RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IV. N° 31. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 1er AOUT 1896.

Le Progrès Médical



THÉRAPEUTIQUE

De la démorphinisation chimique ;

Par M. le Dr Albrecht ERLENMEYER.

Il y a peu de temps que la divergence d'opinion sur la meilleure méthode de démorphinisation ne se rapportait qu'à la durée du sevrage. Certains auteurs poursuivirent la méthode lente, d'autres s'enthousiasmèrent de la méthode rapide et c'est en effet la dernière, celle que j'ai préconisée, qui, entre des mains adroites, donne, sans aucun doute, les meilleurs résultats.

M. le Dr Paul Sollier a fait tout récemment lire à l'Académie de Médecine un travail du plus haut intérêt, dans lequel il donne des renseignements sur les excellents résultats qu'il a obtenus chez 57 malades avec cette méthode rapide (méthode Erlenmeyer) (1).

Depuis à peu près 3 ans, j'ai abandonné cette méthode pour une autre, qui me donne de meilleurs résultats. Je l'ai publiée, en 1894, dans le Manuel thérapeutique de Penfold et Stintzing.

Lors d'une visite qu'au commencement d'avril M. le Dr Sollier fit à l'établissement de Bendorf (Rhin), dont j'ai la direction médicale, je constatai que cette nouvelle méthode de démorphinisation était restée inconnue de mes collègues français ; je m'empresse de la leur exposer.

Elle est, si l'on veut lui donner une courte dénomination, une *méthode chimique*, qui n'a de rapports ni avec la *durée* du traitement, ni avec la *diminution* plus ou moins rapide de la dose habituelle de la morphine.

L'appréciation clinique de certains symptômes de suppression devait amener à une certaine ressemblance entre ces symptômes et ceux de la dyspepsie hyperacide. On trouve dans les deux cas non seulement les symptômes gastriques directs, tels que pressions et douleurs intestinales, envies de vomir, vomissements, diarrhées et selles nombreuses; mais on remarque également les symptômes indirects de sensation de chaleur au dos, d'inquiétude des membres et du tronc, impressions douloureuses aux jambes. On fut dès lors amené à rechercher s'il n'existait pas dans l'estomac, au moment de la suppression de la morphine, cette même altération chimique que l'on trouve dans la dyspepsie hyperacide, c'est-à-dire un surplus d'acide hydrochlorique. Ces suppositions se réalisèrent en effet. Au moment de la démorphinisation, lorsque le malade ne reçoit plus ou presque plus de morphine, et que les symptômes de sevrage sont les plus violents, on a trouvé par le sondage dans l'estomac un excédent considérable d'acide hydrochlorique.

Cet état gastrique constaté, il fallut en rechercher la cause, qui ne fut point difficile à trouver.

Marmé, Stolnikow, Rosenthal ont démontré qu'une partie de la morphine injectée sous la peau se rend dans l'estomac, et Alt, qui a répété ces expériences, a pu constater que cette partie qui parvient dans l'estomac est à peu près la moitié de la dose injectée. C'est également Alt, qui a trouvé que cette élimination dans l'estomac commence déjà quelques minutes après l'injection sous-cutanée.

La considération de ce travail chimique a conduit aux réflexions suivantes. Chez une personne habituée à se faire des injections sous-cutanées, la morphine pénètre dans l'estomac, et, en traversant les parois, elle produit une morphinisation des glandes secrétoires. Il faut remarquer que cet état narcotique des glandules devient à peu près permanent, car chez les morphinomanes les injections se répètent fréquemment, dix, vingt fois et même plus par jour, et cela souvent pendant des années. En conséquence, les glandules narcotisées cessant leurs fonctions, c'est-à-dire ne produisant plus d'acide hydrochlorique, il en résulte un état anacide de l'estomac pendant la période de morphinisation. L'absence de l'acide n'est pas sans influence sur les nerfs gastriques, qui, à l'état normal, y sont accoutumés. De plus, ces nerfs sont exposés à la narcotisation locale, et l'on comprend facilement qu'ils cessent leurs fonctions sous l'influence de ces deux agents.

Que se produira-t-il après la suppression, lorsque le malade ne recevra plus ou presque plus de morphine ? Le contraire naturellement de l'état que ci-dessus j'ai mentionné. L'état narcotique des glandules secrétoires se diminue proportionnellement à la diminution de morphine, les glandules sortent du sommeil morphinique, reprennent leurs fonctions et, complètement libérées de morphine, produisent une véritable inondation d'acide hydrochlorique. Ces flots d'acide, en se portant sur les nerfs, leurs donnent une irritation extraordinaire dont le résultat est un trouble local (gastrique) et général, à savoir les symptômes soi-disant de suppression : vomissements, mal au ventre, coliques, diarrhée, chaleurs et mal au dos, inquiétudes des membres et du tronc, insomnies, accélération du pouls. Il est inutile de dire que les symptômes nerveux — outre les symptômes gastriques — sont des effets réflexes, primitivement produits par l'irritation des nerfs gastriques, puis par la propagation de cette irritation sur les autres voix du système nerveux. Si l'on admet ces données, il n'est pas difficile de trouver un traitement rationnel.

C'est Hitzig qui sous l'influence de ces considérations en a fait le premier essai. Chez un malade, au moment de la suppression, il vida pendant plusieurs jours l'estomac au moyen du sondage, fit ainsi disparaître l'acide hydrochlorique et y introduisit de l'eau alcaline (il se servit de l'eau de Carlsbad) pour neutraliser ce qui pouvait rester d'acide. Le très intéressant résultat de ce procédé fut que le malade était exempt, sinon complètement, tout au moins en partie des symptômes qu'en Allemagne nous appelons « symptômes d'abstinence. » Il n'eût ni symptômes gastriques locaux, ni symptômes généraux ou réflexes, et surtout, il n'eût ni chaleurs, ni maux de dos, ni inquiétudes et maux des jambes. Ce malade, ayant déjà subi plusieurs sevrages, était à même d'établir une comparaison entre ses différentes méthodes de suppression. Son avis fut que la dernière,

(1) *Progrès médical*, janvier 1896.

c'est-à-dire la méthode chimique, était sans contestation la meilleure, la plus facile à supporter, ne donnant aucun symptôme grave.

Il est certain que l'évacuation de l'estomac au moyen du sondage est un procédé peu agréable, et que les malades au moment du sevrage, moment où ils sont en tout cas nerveux, ne peuvent pas toujours en supporter les inconvénients. C'est pour cette raison qu'abandonnant cette manière de traiter; je fis l'essai d'une neutralisation locale de l'acide hydrochlorique. Je puis dire que j'ai réussi. J'employai l'eau de Fachingen (1) qui contient une grande quantité de bicarbonate de soude et j'en fis prendre au moins un litre par jour. L'effet de cette médication fut des plus inattendus : aucun des symptômes gastriques directs n'apparut : ni vomissements, ni coliques, et au lieu de la diarrhée, qui dans les cas traités précédemment causait de grands malaises, il y eut de la constipation. Quant aux symptômes nerveux reflexes, ou il n'y en eût point, ou ils furent si peu accusés que les malades n'en souffrirent pas.

C'est de cette manière que depuis trois ans environ, j'ai traité plus de trente malades et je dois dire que ces cures furent incomparablement plus faciles que celles que j'avais entreprises les années précédentes. Toutefois, le désir de morphine, symptôme psychopathique qu'en France l'on désigne par le terme « morphinomanie, » persistait dans cette méthode. Il était alors intéressant d'observer comment les malades, qui, morphinomanes depuis plus de dix ou vingt ans, ne souffrirent presque pas physiquement pendant le sevrage, manifestèrent un tel désir morbide de morphine, que, comme fous, ils en réclamèrent à grands cris.

Lorsqu'on veut, en s'appuyant sur les considérations chimiques que j'ai émises ci-dessus, faire un traitement absolument systématique, je propose alors de faire prendre de l'acide hydrochlorique pendant la période de morphinisation. On évitera ainsi l'anacidité de l'estomac et on conservera aux nerfs gastriques l'habitude de l'acide.

C'est, je crois, la première fois que l'on préconise en France une méthode tendant à la démorphinisation d'après des principes chimiques, et je ne doute pas que ce traitement ne soit celui de l'avenir. Chaque discussion sur la démorphinisation plus ou moins rapide n'est qu'un subterfuge, destiné à cacher notre ignorance sur la marche de la morphine dans notre organisme. Nous ne connaissons, en effet, ni les produits de sa transformation chimique, ni l'effet physiologique de ces produits sur l'organisme, et la tâche de l'avenir est de les faire connaître.

Si nous réussissons, nous aurons la vraie méthode de démorphinisation. Y contribuer tel est le but de ce modeste travail.

(1) L'eau de Fachingen contient en 1,000 grammes, 3,5 bi-carbonate de soude ; *Vichy* (Célestins), 5,1 ; *Vals* (Désirée), 6,0.

Asiles d'Aliénés de France. — Nous donnons aujourd'hui la liste d'ensemble complète des candidats déclarés admissibles aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés, à la suite du concours qui vient d'avoir lieu à cet effet dans les sept circonscriptions de la France : *Paris*. MM. Leroy, Baruk, Coulon, Thibaud et Darin. — *Bordeaux*. MM. Honeix de la Brousse et Mahon *ex æquo*, et M. Terrade. — *Lille*. MM. Deswarte, Musin, Briche et Singer. — *Lyon*. MM. Toy, Roux et Bodero. — *Montpellier*. MM. Cavalié et Cossa. — *Nancy*. MM. Levet, Santenoise et Lalanne. — *Toulouse*. MM. Papillon, Maignel et Boudron.

Les Médecins centenaires. — D'après le Wratch, un praticien de Tomsk, en Sibérie, nommé Sotow, aurait célébré dernièrement le 131e anniversaire de sa naissance.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Une nouvelle opération sur les voies biliaires : La Cysticotomie (*suite*) (1) ;

par Marcel Baudouin, préparateur du Cours d'opérations à la Faculté de Médecine de Paris.

Aux observations, que nous avons déjà rapportées, nous ajouterons les suivantes, plus récentes.

Observation VIII. — Thiriar (Cas I) (2 mars 1894). (Reproduction *in extenso*) (2).

Calcul du cholédoque. — 1° Cholédocholithotripsie. — Refoulement du calcul. — Pas de résultat. (Vésicule atrophiée). — 2° Cysticotomie. *Cholédochotomie par effraction et sans suture. — Guérison.*

Mme Van P... est âgée de 29 ans et a eu deux enfants. Etant au quatrième mois de sa seconde grossesse, elle a été atteinte subitement d'un premier accès de colique hépatique, le 24 décembre 1890. Ces accès se répétèrent tous les huit jours pour ainsi dire d'une façon cyclique. Les crises survenaient toujours de la même façon; le début en était brusque, sans phénomène prémonitoire, alors que la patiente semblait se relever de l'accès précédent. Au début, il y avait pendant deux ou trois jours de fortes douleurs avec engorgement considérable du foie ; les vomissements étaient violents, incessants, glaireux, jamais bilieux ; l'estomac rejetait tout ce qui était ingurgité. De fortes doses de morphine et le chloroforme étaient nécessaires pour amener un peu de calme. Les crises revinrent ainsi tous les huit ou dix jours jusqu'à sept mois et demi de grossesse ; la malade accoucha alors pendant une crise d'un enfant vivant. Dès lors, les accès revinrent irrégulièrement ; ils s'espacèrent même un peu; parfois il y avait un intervalle de trois semaines entre deux accès; parfois, au contraire, les crises étaient subintrante, c'est-à-dire qu'une crise nouvelle survenait le cinquième ou le sixième jour, alors qu'on espérait que le précédent accès allait prendre fin. Malgré toutes les recherches, on ne trouva jamais de calcul dans les selles. L'année 1891 se passa ainsi dans les souffrances interminables ; toute l'année 1892 fut aussi marquée par des crises d'une intensité extraordinaire, accompagnées de fièvre. La morphine ne suffisait plus, il fallait constamment recourir au chloroforme pour procurer quelque repos à la malheureuse patiente. Les urines étaient fortement bilieuses et le teint était couleur acajou. Tous les traitements les mieux combinés et les plus scrupuleusement suivis ayant échoué, on me pria de recourir aux ressources de la Chirurgie.

1re Opération. — *Cholédocholithotripsie et Refoulement du calcul.* — Le 23 mars je procédai à la laparotomie. Comme pour l'opération précédente, je fis une incision sur le bord externe du muscle droit de l'abdomen, qui fut ensuite sectionné par une incision transversale. Les intestins étaient très distendus par des gaz, l'estomac présentait une telle pneumatose qu'il vint faire hernie par la plaie et sortit de la cavité abdominale. Tous les organes, estomac, épiploon, côlon, étaient unis par des adhérences au bord et à la face inférieure du foie. La recherche et la découverte de la vésicule furent très laborieuses, elle n'existait pour ainsi dire plus. Grosse comme le bout du petit doigt, elle était située dans les profondeurs de l'abdomen, cachée sous le foie au milieu d'adhérences nombreuses et très fortes. Elle ne renfermait aucun calcul. Je parvins avec beaucoup de peine jusqu'au canal cholédoque, dans lequel je constatai l'existence d'un calcul très mobile, gros comme un bon pois et paraissant être à facettes. J'*essayai de l'écraser* et *de le refouler* dans le duodénum avec les doigts ; je crus bientôt y être parvenu, car, à un certain moment, il disparut ; le canal cholédoque était complètement libre et mes aides comme moi purent constater la disparition de la concrétion.

La toilette du péritoine fut faite rapidement; la plaie de l'abdomen fut très difficilement refermée et suturée à cause de

(1) Voir le n° 30.
(2) Thiriar (de Bruxelles). — *Contribution à la chirurgie des voies biliaires*; in *Gaz. hebd. de Méd. et de Chirurgie*, n° 32, 12 août 1894, p. 387-389. (Obs. II du mémoire).

la pneumatose; un pansement iodoformé fut appliqué. L'opération avait duré une heure et demie.

Suites. — Dans la journée, l'opérée eut des vomissements bilieux, chose qu'elle n'avait pas précédemment; cependant les douleurs de la crise hépatique persistaient, très intenses, au point d'arracher des cris à la patiente. Pouls à 20. Température à 36°6. Le soir, grâce à de nombreuses injections de morphine, les souffrances avaient beaucoup diminué.

Le 24 mars. La nuit avait été calme; il n'y avait presque plus de douleur. Pouls normal, encore quelques vomissements bilieux. — Le 29, après un purgatif, elle eut une selle colorée et commença à prendre quelques aliments. — Le 31, la plaie était réunie, il ne s'était plus produit de crise, l'appétit était bon, le teint était devenu presque blanc. Malgré toutes les recherches, on n'avait pas retrouvé le calcul dans les selles. — Le 4 avril, une crise hépatique très violente se déclara; elle était semblable à celles qui avaient précédé l'opération; elle nécessita de fortes injections de morphine; l'ictère reparut intense et les urines devinrent ictériques, boueuses. Il fallut se rendre à l'évidence; l'opération n'avait donné aucun résultat.

Après une année de souffrances continuelles et terribles, d'accès qui se répétaient constamment et qui nécessitaient parfois, en une nuit, l'emploi de 200 grammes de chloroforme en inhalations et de 1 gramme 50 centigrammes de morphine en injections, une nouvelle intervention fut décidée. La patiente ne quittait plus son lit; son teint était tout à fait brun acajou, et l'émaciation était considérable.

2e Opération. — *Cysticotomie et Cholédochotomie consécutive.* — L'opération fut pratiquée le 2 mars 1894. Après avoir fait purger la malade la veille, je lui avais fait administrer des poudres de bismuth et de magnésie, pour empêcher la pneumatose qui m'avait tant gêné lors de la première intervention. Comme je m'attendais à de fortes adhérences et à de grandes difficultés pour arriver jusqu'au cholédoque, je fis une incision curviligne à concavité supérieure partant de l'appendice xiphoïde et arrivant dans l'hypochondre, de façon à avoir largement du jour et de l'espace pour y manœuvrer à l'aise. Tous les organes étaient réunis, agglomérés par de nombreuses adhérences qui les soudaient aussi à la paroi abdominale; il me fallut près d'une demi-heure pour les libérer et arriver sur le bord inférieur du foie. Je ne trouvai *plus de trace de la vésicule* et je me basai sur l'échancrure du bord du foie pour me diriger vers les profondeurs de l'abdomen à la recherche du cholédoque et du calcul qui devait s'y trouver. Je disséquai ainsi avec le bistouri et les ciseaux la face du foie et je finis par arriver sur une espèce de canal fibreux gros comme le pouce qu'à première vue je crus être le canal cholédocque. Derrière ce conduit, je trouvai un *calcul enclavé*, immobile, arrondi, sur la nature duquel nous hésitâmes un instant. Après quelques tentatives, il fut possible de le mobiliser legèrement de haut en bas. C'était donc bien un calcul, « et *le canal qui se trouvait dilaté au devant de lui devait être le canal cystique. Je fis une incision sur celui-ci*, il s'en écoula un flot de liquide noirâtre, assez poisseux, qu'on aurait pu prendre pour du sang veineux. *J'introduisis dans l'ouverture une sonde cannelée pour en explorer l'intérieur* et tâcher d'arriver sur le calcul; l'exploration était facile; mais je ne pus pas arriver en contact avec le calcul. *Je fermai l'ouverture provisoirement au moyen d'une pince* et je m'occupai d'enlever la concrétion (1). » Pour l'enlever, il n'était guère possible de recourir à l'incision; aussi je le *fis sortir par effraction* : avec un doigt de la main gauche porté en arrière et en dedans du cystique, je le fis passer à travers les parois du cholédoque pendant qu'un doigt de la main droite déchirait la paroi au moyen de l'ongle tout en contrôlant et en guidant la manœuvre. Je pus ainsi l'extraire.

Il m'étais complètement impossible d'aller *suturer* l'ouverture ainsi produite; je ne lo tentai même pas, je me contentai de jeter *une ligature sur l'ouverture faite au canal cystique.* La toilette de toute la région, délabrée, déchiquetée, fut très soigneusement faite, puis je plaçai deux gros tubes à drainage que j'entourai de lanières de gaze iodoformée. Ces tubes étaient percés d'une seule ouverture près de leur extrémité et un d'eux fut placé de façon que son ouverture correspondît à la déchirure du cholédoque afin de favoriser autant que possible l'écoulement de la bile. Le tout fut fixé à l'angle supérieur de la plaie qui fut, après toilette du péritoine, refermée au moyen de nombreuses sutures en soie, un solide pansement fut placé. L'opération avait duré une heure.

(1) Les parties placées entre guillemets ont trait à la *Cysticotomie.*

Suites. — Les suites de cette opération furent extraordinairement simples, étant donnée la gravité de l'intervention. La température monta à 38°,5 le lendemain de l'opération; elle fut constamment normale les autres jours.

Pendant les premières 24 heures, la patiente ressentit d'assez violentes douleurs, tout à fait différentes, disait-elle, de celles produites par les accès de colique hépatique; on les calma par de nombreuses injections de morphine (1 gramme pendant la nuit). Il n'y eut pas un seul vomissement. Le 3 mars, le pansement était complètement mouillé par la bile qui s'écoulait en très grande abondance par les drains. Il fut renouvelé. Le 4 mars, T. 37°,5. P. 24. La nuit a été bonne. La quantité de bile écoulée est très grande et nécessite plusieurs fois le renouvellement du pansement. Le 5 mars, la réunion de la plaie paraît assurée, l'état était très satisfaisant. Le 6 mars, l'opérée, qui ne souffrait plus, commence à prendre des œufs, 6 huîtres avec une petite tartine. L'écoulement de la bile était toujours très fort; le ventre était un peu ballonné et un peu sensible dans la fosse iliaque droite. Le 10 mars, un drain fut enlevé. Sous l'influence d'un purgatif, il se produisit une selle copieuse, moulée, brun ardoise; les urines sont encore colorées. Le 12 mars, les selles deviennent plus colorées; les urines commencent à s'éclaircir. Le sommeil est excellent. La sécrétion de la bile par le drain a un peu diminué. Appétit. Elle mange du gigot de mouton avec plaisir. Le 14 mars, enlèvement des sutures et du second drain. Le drainage et l'écoulement de la bile ne sont donc plus assurés que par les mèches de gaze iodoformée. Le 15 mars, on constate une forte diminution dans l'écoulement de la bile. Le 17 mars, l'opérée se lève. Les selles sont tout à fait colorées; les urines deviennent claires. La quantité de bile écoulée par l'abdomen va en diminuant progressivement. Le 19 mars, depuis deux jours, la quantité de bile sortie par l'abdomen est devenue insignifiante; ainsi, aujourd'hui, après plus de 14 heures, le pansement ne présente qu'une plaque large comme la main teintée par la bile. Les urines sont claires, le teint redevient normal. Je commence à exercer quelques légères tractions sur la gaze iodoformée. L'opérée se promène dans l'appartement. Le 22 mars, l'état est excellent; la malade descend et se promène au jardin. Il ne s'écoule plus de bile par l'abdomen. La gaze commence à se détacher. Le 26 mars, je parviens à enlever une petite portion de la gaze iodoformée; il en fut de même le 28 mars. Le 30, la plus grande partie des lanières était enlevée. L'orifice se rétrécissait à vue d'œil. Le 3 avril, tout ce qui restait des mèches était enlevé et, le 8 avril, je pouvais constater la cicatrisation parfaite. La guérison était complète; il n'existait plus aucune fistule.

J'ai revu mon opérée il y a deux jours. Elle se remet peu à peu de ses trois années de souffrance. Les crises n'ont naturellement plus reparu; les selles sont bien colorées, le teint est blanc clair et, à part quelques tiraillements qu'elle ressent dans le flanc droit, la santé est excellente.

Observation IX. — Greiffenhagen (Cas I) (14 juin 1894).
(Traduction *in extenso*).

Calcul du cystique. — Cysticotomie *idéale typique, avec suture.* — *Guérison* (1).

Antécédents. — Madame K. W..., 64 ans, avait eu autrefois la typhus abdominal et quelques courtes maladies fébriles. Il y a trois ans, elle souffrit pendant quatre semaines d'une affection de l'estomac, se manifestant par des vomissements, des douleurs abdominales et de la diarrhée. Depuis ce temps, elle n'a présenté, en dehors d'une certaine tendance à la constipation, aucun trouble de digestion, ni aucun symptôme de mala-

(1) W. Greiffenhagen. — *Ein Fall von sog. « idealer » Cystico-Lithectomie* (Un cas de Cystico-lithectomie dite « idéale »); in *St-Petersb. med. Woch.*, 1894, N° 40.

die du foie ou de la vésicule biliaire. Le 1er mai 1894, la patiente sentit subitement, pendant une promenade, une compression dans la région du foie, qui devint de plus en plus douloureuse; ce qui l'obligea à garder le lit. Le médecin qui fut appelé diagnostiqua que cette douleur avait pour cause un rein mobile. Cet accès dura un jour pour céder la place à une complète euphorie. Quinze jours plus tard survint un deuxième accès du même genre, qui fut encore plus fort : douleurs abdominales, léger météorisme, vomissements. Cet accès dura plusieurs jours et fut calmé par de la morphine et de l'opium. A partir du mois de mai, il n'y eu que de courts intervalles de repos (de 1 à 2 jours) et les accès se succédèrent en augmentant d'intensité. Des vomissements très pénibles rendirent impossible toute alimentation et les forces diminuèrent visiblement. Mon collègue, le Dr Knüpper, appelé auprès de la malade, trouva une tumeur élastique au-dessous du foie, fit le diagnostic de colique avec calcul biliaire, et m'adressa la malade pour le traitement chirurgical. La malade fut reçue à l'hôpital le 2 juin 1894, au soir.

Etat actuel. — Femme de 64 ans, fortement amaigrie, d'aspect pâle et gravement malade. Artériosclérose périphérique. Battements cardiaques faibles, mais purs; pouls 110, temp. 37°,5. Constipation habituelle. Les autres organes normaux. Le ventre un peu ballonné, sans asymétrie. Au-dessous du bord droit du foie, qui se trouve à un travers de doigt plus bas que normalement, on sent nettement, sur la ligne parasternale, une tumeur molle, fluctuante, qu'on peut déplacer dans toutes les directions, de la grosseur d'un gros œuf de poule et en forme de poire. L'examen de cette tumeur étant très douloureux, on ne peut constater exactement son contenu, malgré la minceur et la laxité de la paroi abdominale; ce n'est qu'en touchant à la région du foie que les muscles droits se contractent par action réflexe. Subjectivement, la malade se plaint de fortes douleurs dans la région du foie. Nausées et vomissements. La malade prit un bain et une injection sous-cutanée de morphine; on plaça une vessie de glace sur la tumeur douloureuse, qui doit être opérée le lendemain.

3 juin matin. — Temp. 38,4; pouls 112, très faible. La nuit a été très agitée : vomissements continuels; douleurs pénibles. Le ventre sensible au toucher, ballonné. Vésicule biliaire très douloureuse. A cause du grand collapsus de la malade, on ajourne l'opération. Opium et morphine, vessie de glace, alimentation avec du lait et de l'eau. Le soir, temp. 36°,4, pouls 104; les symptômes se sont apaisés. Pendant les 4 jours suivants, la température n'a monté qu'une fois à 38°0, se maintenant toujours entre 36°,1 et 37°,9; les douleurs s'amendent; après le sel de Karlsbad, plusieurs garde-robes; la vésicule biliaire diminue, si bien que, le 7 mai, on ne peut plus constater de tumeur. Les vomissements et nausées disparaissent; l'appétit revient; la patiente se rétablit.

Le 13 juin, en l'examinant, on sent de nouveau une petite tumeur au-dessous du bord hépatique et les mêmes douleurs réapparaissent, bien que d'intensité moindre. Le matin, temp. 36°,1, pouls 64; le soir, temp. 36°,6, pouls 75.

OPÉRATION. — Le 4 juin, opération. Morph. chloroforme (j'avais l'intention d'opérer sous la cocaïne et avais injecté à cet effet dans la paroi abdominale 2 seringues de Pravaz pleines d'une solution à 5 0/0; mais cela n'amena que des nausées et vomissements, et non point d'analgésie). Incision de 9 centimètres, à partir du 9e cartilage costal, sur le bord latéral du muscle droit. A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve le péritoine pariétal épaissi, fortement injecté. Aussitôt se présente un sac relâché, long de 12 centimètres environ, en forme de poire, dont la couche externe ressemble tout à fait à une séreuse intestinale enflammée chroniquement; la palpation donne aussi la sensation d'une muqueuse intestinale qu'on déplace. L'orientation est rendue très difficile par des adhérences multiples, se dirigeant dans toutes les directions. Après leur détachement, on peut peu à peu constater avec certitude que le sac qui se présente est la vésicule biliaire chroniquement enflammée, dont la partie cervicale est entourée d'adhérences avec l'épiploon, le côlon transverse et la face inférieure du foie. Le doigt palpant tombe à gauche, en haut du col vésical, sur un corps dur, de la grosseur à peu près d'une grosse noix, au-dessus duquel les sinuosités du canal, dans lequel il est situé, se laissent déplacer. Entre le col de la vésicule biliaire et le corps dur (évidemment un calcul biliaire), le doigt peut sentir une partie du canal cystique, longue d'environ 2 centimètres et un peu contournée; épais comme un tuyau de plume, le canal s'élargit subitement au-dessus du calcul et s'amincit de nouveau derrière lui. Les canaux hépatique et cholédoque sont, à cause de leurs nombreuses adhérences, inaccessibles à l'œil; mais le doigt examinant croit sentir à gauche, au-dessous du corps étranger, le canal cholédoque et le duodénum, l'un et l'autre sans contenu anormal. La vésicule biliaire, ne contenant aucune concrétion, et le refoulement du calcul cystique, soit dans la vésicule biliaire, soit dans le canal cholédoque, ne pouvant être effectué en aucune façon, à cause du rétrécissement brusque du canal des deux côtés du calcul, on se décida pour l'*incision du canal cystique* et l'*extraction directe*, d'autant plus que le canal cystique, malgré ses adhérences avec la vésicule biliaire, se laissait très facilement rapprocher de la plaie extérieure. (Quant à la vésicule biliaire, on a pu la ramener, sans aucun traitement, jusque devant de la plaie abdominale.) Après application de deux écarteurs et rembourrage des parties voisines de gaze stérilisée, on ouvre le canal cystique directement au-dessus du calcul par une incision de 3 centimètres et on extrait le calcul. Il s'écoule aussitôt de la bile. On comprime le canal cystique entre deux doigts, pour ne plus laisser sortir de bile, et *on ferme la plaie par deux plans au moyen de sutures séro-séreuses*, à l'aide d'un fil fin de soie. Après enlèvement du doigt comprimant, le canal se remplit aussitôt de bile. On fait une nouvelle révision attentive pour se convaincre qu'il n'y avait plus de concrétion biliaire; et, ne trouvant plus rien, on épongea la cavité abdominale avec une solution stérilisée de sel commun, on renfonça la vésicule biliaire et le canal suturé et on ferma complètement la plaie abdominale avec des fils de soie.

Suites. — Les suites de l'opération furent sans aucune réaction. Le 8e jour, on enleva les fils. La plaie se cicatrisa *per pr. int.* La malade quitta le lit au 10e jour et sortit guérie de l'établissement au 17e jour. Jusqu'à aujourd'hui, la patiente n'a éprouvé aucune espèce de douleur, elle se porte parfaitement bien; elle a repris son travail.

OBSERVATION X. — SCOTT (Cas I) (1895).
(Traduction *in extenso*).
Calcul biliaire incrusté dans le cystique. — Cholécystostomie. CYSTICOTOMIE. — *Fistule. — Guérison* (1).

A. F..., 29 ans, mariée, trois enfants, souffrait depuis cinq ans d'attaques d'une violente douleur dans l'hypochondre droit, s'irradiant au-dessus de l'abdomen, jusque vers l'angle de l'omoplate droite. Les accès étaient accompagnés de nausées et d'un léger ictère. Dans les intervalles, il y avait une douleur sourde et de la sensibilité dans l'hypocondre droit; les selles étaient normales, comme consistance et comme couleur.

La malade était frêle et anémique; ses conjonctives avaient une teinte légèrement ictérique. L'abdomen était flasque. Dans la région de l'hypocondre droit et des reins, une tumeur de la forme d'une saucisse, dure, sensible, donnant l'impression d'être bourrée de calculs biliaires, s'étendait jusqu'à l'ombilic. On pouvait la déplacer quelque peu à gauche de l'ombilic et s'appuyait contre le rein droit. Elle se déplaçait librement par la respiration et semblait venir de dessous la surface du foie. On ne pouvait sentir le rein; l'urine ne renfermait pas d'albumine.

OPÉRATION. — Une incision, de 3 pouces 1/2 (9 centim.) de long, fut faite à gauche de la ligne mammaire. La vésicule biliaire se montra : elle était de la dimension d'une balle de jeu de paume et très tendue. On en retire par aspiration 5 onces (155 grammes) d'un liquide glaireux, de la consistance du blanc d'œuf. La vésicule fut attirée dans l'incision et ouverte. Les parois étaient nettement œdémateuses. Un calcul, de la dimension d'un œuf de moineau, rugueux à la surface et de couleur blanc-crème, fut brisé dans la manipulation; les fragments en furent retirés par lavage et avec la curette. En passant le doigt à la surface inférieure du foie, on put sentir un calcul,

(1) W. G. Scott. — *Gallstone impacted in the cystic duct removed by incision; recovery; in British medical Journal*, 1895, t. II, p. 133.

de dimension un peu plus grande que le précédent, solidement incrusté dans la lumière du canal cystique. Je ne pus l'atteindre en cathétérisant le canal. On essaya de le broyer avec une pince ouatée, mais une forte pression ne produisit pas le moindre effet. Il était donc impossible de le repousser dans l'intérieur de la vésicule biliaire. En conséquence, le foie fut légèrement relevé et on pratiqua une incision assez grande pour permettre d'enlever le calcul. Les tuniques muqueuse et fibreuse furent fermées avec des sutures de soie interrompues et le péritoine avec des sutures de Lembert. L'abdomen fut lavé avec soin et la vésicule biliaire fixée aux bords de l'incision avec des sutures de soie. Le reste de l'incision abdominale fut fermée et un tube de drainage fut laissé dans la vésicule biliaire. Le second calcul était dur, rugueux à la surface, et ressemblait à l'autre pour la forme et la couleur.

Suites. — Pendant les dix jours qui suivirent l'opération, le pansement resta sec et trois semaines s'écoulèrent avant que de la bile se montrât à travers l'incision. La quantité en était faible et l'écoulement cessa au bout de peu de jours. La constipation cessa le cinquième jour et les selles présentèrent une couleur normale. La malade eut des hallucinations (il y avait eu dans sa famille des cas d'aliénation mentale). L'incision fut pansée et bandée; la malade put se lever et, finalement, elle quitta l'hôpital, ayant encore un écoulement de bile par la plaie, le 21 mars.

Le 2 mai, on essaya de fermer l'ouverture; la surface muqueuse fut avivée et fermée avec des sutures d'argent. Cette tentative échoua. Depuis l'opération, son état s'était sensiblement amélioré; elle n'a éprouvé aucun retour de la douleur originelle et elle peut faire son ménage (ce dont elle était incapable depuis deux ans). Son état mental est bien meilleur. L'incision donne encore, mais en quantité bien moindre, et l'ouverture semble se fermer lentement.

* * *

Manuel opératoire. — Le manuel opératoire de la cysticotomie est des plus simples. Nous ne le décrirons pas en détails, renvoyant au manuel opératoire de la cholédochotomie, qui est exactement la même opération faite sur le cholédoque, et que notre ami M. Jourdan a récemment si longuement étudiée.

La laparotomie d'accès est *latérale* d'ordinaire (Lindner, Kehr, Greiffenhagen, Scott) ; mais Kehr lui-même a eu recours à l'incision abdominale *médiane* seule, au moins dans un cas (Obs. IV), et à cette même incision combinée avec une autre incision oblique à droite et en bas, dans sa première observation (Obs. II). M. Thiriar a utilisé seulement une incision curviligne oblique, en bas et à droite. Il n'est pas douteux que ces incisions complexes donnent beaucoup de jour ; mais on sait aussi qu'elles ont des inconvénients sérieux.

L'abdomen ouvert, les adhérences voisines détruites, le canal bien en vue, le calcul sous le doigt, il suffit d'inciser le cystique sur le calcul dans le sens de sa longueur, de pratiquer une ouverture suffisante pour l'extraire sans déchirer les lèvres de l'incision, car les parois sont généralement enflammées et très friables ; puis de suturer le conduit, à l'aide d'un ou deux rangs de suture.

En général, ces manœuvres sont bien moins difficiles que celles de la cholédochotomie, vu la situation superficielle du cystique. Quelquefois pourtant, la découverte du conduit, profondément caché sous le foie, n'a pas été très aisée.

La question du *drainage* n'est pas encore résolue et reste entière. Il est évident qu'il vaut mieux *drainer* et *tamponner* même, s'il le faut, dans tous les cas d'opérations multiples portant sur les voies biliaires ; mais là n'est pas la difficulté, car, sur ce point, on sait à quoi s'en tenir.

Ce qu'il s'agit de savoir, c'est si le drainage est inutile, quand on fait une Cysticotomie *simple*, quand on n'a pas eu d'adhérences trop nombreuses à détruire. Or, le cas de Greiffenhagen, qui n'y a pas eu recours, semble bien prouver qu'on peut s'en passer, si les lésions ne sont pas trop anciennes.

Résultats. — Sur les dix opérations que nous rapportons, il n'y a qu'un décès à enregistrer. Encore est-il dû à la cholécystectomie (Kehr) et non à la cysticotomie. C'est là, évidemment, une statistique très encourageante, et nous sommes persuadé qu'elle ne deviendra probablement jamais plus mauvaise, tant que l'acte opératoire ne sera pas complexe.

Indications. — Les indications de cette opération sont des plus restreintes. Elle ne s'adresse, en effet, qu'aux *calculs volumineux* et absolument *enchatonnés du canal cystique.* Et encore faut-il que ceux-ci soient vraiment impossibles à déloger par les manœuvres de douceur (pression légère, refoulement, etc.), ou à broyer, sans causer des dégâts aux parois des voies biliaires enflammées; car, si le refoulement ou le broiement était possible, on n'aurait qu'à faire ensuite la cholécystostomie pour guérir son malade. Il faut savoir pourtant qu'un rétrécissement du cystique peut s'opposer à ce refoulement.

Kehr, d'une façon absolue, dès 1893, a insisté sur cette difficulté de déloger parfois les calculs du cystique.

« J'ai dû souvent, dit-il, faire souffrir les malades et j'ai souvent passé un long temps à tenter de déloger un calcul solidement fixé dans le cystique. Or, ce n'est qu'en incisant le canal (j'ignore si cette opération, la *cysticotomie* (1), a déjà été pratiquée, que j'ai été débarrassé de cette obsession. Je recommande cette opération dans les cas où l'on ne parvient pas à déplacer le calcul ; ce n'est que lorsqu'on a employé sans succès tous les instruments possibles et imaginables, qu'on a le droit d'y recourir, mais non lorsqu'au cours d'une opération on rencontre un calcul fortement fixé dans le cystique. Quand on fait l'opération en un temps, on parvient souvent à repousser le calcul dans la vésicule biliaire à l'aide de l'index et du doigt du milieu de la main droite introduite dans la cavité abdominale.

Une fois, dans mon second cas, poussé par un zèle juvénile et guidé par le désir mal fondé de soulager par une prompte intervention une malade qui souffrait cruellement, j'ai pratiqué dans la même séance une *extirpation totale de la vésicule biliaire*, suivie d'une *cysticotomie*, et je déplore cette faute, car la femme a succombé. »

La Cysticotomie idéale pourra donc remplacer utilement, dans certaines conditions, la cholécystectomie ; il est, en effet, au moins inutile d'enlever une vésicule non gravement altérée.

Toutefois, il importe ici de bien faire remarquer pour établir la limite réelle de cette opération que la lithotritie des calculs ne doit jamais être poussée bien loin et ne doit être tentée qu'avec les doigts, en raison de la friabilité toute spéciale des voies biliaires. Nous croyons dangereux, en effet, d'utiliser les pinces, les aiguilles perforantes recommandées par Thornton (1); et nous pensons que, plutôt que de les employer, mieux vaudrait recourir de suite à une Cysticotomie qui, exécutée avec soin, ne serait certainement pas plus grave que ces manœuvres d'apparence anodine, mais toujours faites à l'aveugle et sans qu'il soit possible d'y apporter la précision nécessaire.

* * *

Tout ce qui précède montre évidemment que la *Cysticotomie* est vraiment une opération d'avenir et nous sommes particulièrement heureux de pouvoir être le premier à attirer sur elle, dans notre pays, l'attention des chirurgiens.

(1) Elle l'avait été déjà à cette époque par Lindner.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Cinquantenaire de l'Anesthésie.

On verra plus loin que l'*Association de la Presse médicale française*, sur notre proposition, a pris l'initiative de fêter dignement le Cinquantenaire de l'Anesthésie chirurgicale générale, l'une des trois grandes découvertes qui ont révolutionné la chirurgie moderne. La Commission définitive d'Organisation est nommée et comprend des délégués des plus grands corps savants de France. C'est dire que tous sont désormais décidés à suivre les journaux médicaux dans la voie, un peu nouvelle, où ils se sont engagés.

Les fêtes importantes, d'ordre médical pur, ont le don, dans notre pays, de laisser froids et les autorités et le grand public, alors que dans les pays voisins et surtout en Allemagne, c'est le contraire qui s'observe. On se souvient qu'au dernier Congrès de Chirurgie allemand une représentation de gala a été offerte aux invités et qu'elle a eu un grand succès. Il ne faut pas qu'on aille, répétant sans cesse dans notre monde, que ce qui est possible à Berlin, à Vienne, à Londres, voire même à Lyon et à Bordeaux, ne l'est pas à Paris. Le principal est de vouloir : l'exécution est moins délicate qu'on ne le pense.

C'est précisément contre cette indifférence relative que nous avons voulu réagir, en proposant à notre Association de la Presse d'organiser une fête médicale, ouverte au Tout Paris, à l'occasion du Cinquantenaire de l'Anesthésie. Nous savons bien, en procédant ainsi, que nous allons scandaliser quelques-uns de nos vieux maîtres, qui persistent à ne pas vouloir être de leur temps. Mais nous espérons pourtant les convaincre, en l'espèce, quand nous leur aurons fait connaître le fond de notre pensée.

A notre avis, cette fête du Cinquantenaire de l'Anesthésie doit avoir une véritable *portée sociale*, pour être digne de la France qui malheureusement n'a pas à son actif cette découverte. Par suite, il ne faut pas qu'elle reste cantonnée dans le monde médical. Que désirent en effet les hommes de progrès, qu'il s'agisse d'hygiène, de chirurgie ou de médecine? Que la pauvre humanité souffrante souffre au minimum, n'est-il pas vrai? Eh bien, c'est contribuer très notablement à atteindre ce but, que de vulgariser, à l'aide de la presse quotidienne et d'une fête de bon aloi, la notion de l'anesthésie chirurgicale, qui permet une foule d'opérations des plus utiles, impossibles à exécuter sans son aide rassurant et tutélaire.

Nous savons bien que l'anesthésie a ses dangers ; mais quel est le médicament, réellement actif, qui n'en a pas autant? Rien n'est absolu chez nous, on peut dire chaque fois il s'agit de l'homme. Donc, contentons-nous de ce que nous avons (et nous avons déjà pas mal de chose à ce sujet) et faisons connaître à tous ce que nous avons nous-même appris à connaître.

Nous ajoutons, par parenthèse, que tout ce petit remue-ménage ne fera aucun mal à la profession médicale, bien au contraire. Par les temps qui courent, si les médecins ne se défendent pas, en ne craignant pas d'affirmer les services signalés qu'ils rendent, on ne manquera pas un jour de leur jeter à la face les services qu'ils ne rendent plus, grâce aux progrès de l'hygiène, et ceux qu'ils sont encore incapables de rendre, par suite de l'insuffisance de nos notions pathogéniques et thérapeutiques.

Nous devons donc tenter l'expérience et essayer d'intéresser le grand public à notre fête. La presse politique semble d'ailleurs dès aujourd'hui entrer dans nos vues et, il y a quelques jours à peine, le *Petit Journal* consacrait un article vibrant et ému à nos réjouissances... futures. D'autres journaux ont suivi son exemple. Nous les en remercions vivement.

Comme, par suite de la réunion à Paris du Congrès de Chirurgie, nous sommes certain de rencontrer des adeptes dans notre milieu au mois d'octobre prochain, il nous reste à agir en dehors de chez nous. Que les corps savants, qui ont accepté nos projets, veulent bien continuer à seconder nos efforts et à nous faire profiter de leur indéniable autorité, et nous triompherons.

Comme les instituteurs et les voyageurs de commerce, nous aurons des Ministres et peut-être le Président de la République, à la Sorbonne, car les médecins le méritent! Ne sont-ils pas des agents électoraux de premier ordre sur tout le sol français?... Comme les Félibres, nous aurons à notre banquet les plus jeunes orateurs, dont les torrents d'éloquence choisie n'auront aucune peine à surpasser en débit les torrents d'un champagne rémois; et nos invités se pâmeront d'aise avec d'autant plus de sûreté qu'elles sauront trouver dans la salle des porte-remèdes à tous les maux... Comme les plus célèbres ambassadeurs étrangers, nous aurons notre représentation de gala, car un grand nombre d'artistes sonores ont encore besoin du secours des laryngoscopes, et un plus grand nombre d'actrices militantes des ressources du bel art gynécologique !

O fortunatos nimium, sua si bona norint,... Medicos !

Jusqu'à présent — il n'est pas besoin de le dire — il ne s'agit là que d'un programme. Mais l'exécution n'en est pas impossible. Soutenue, comme il convient, l'*Association de la Presse médicale*, qui a fait ses preuves lors du Banquet des médecins russes et lors de la Souscription Laffitte, ne peut qu'obtenir un nouveau succès, en s'efforçant ainsi de faire pénétrer dans les masses une notion médicale de première importance. Elle ne sortira pas d'ailleurs de son rôle et de ses attributions, car vulgariser la science sans la rendre vulgaire est une mission qui n'est pas indigne des sommités médicales présidant à ses destinées.

Terminons en faisant appel à tous nos confrères. Qu'ils joignent leurs efforts aux nôtres et nous sommes assuré du succès. Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 juillet 1896.

Action coagulante du liquide prostatique sur le contenu des vésicules séminales.

On sait que le contenu des vésicules séminales éjaculé par le cobaye se coagule à la sortie de l'urèthre et prend une teinte blanche cireuse, analogue à la bougie. MM. CAMUS et GLEY viennent de démontrer que cette coagulation se fait sous l'influence du liquide prostatique. Si on mélange du contenu des vésicules séminales avec une gouttelette du liquide prostatique, la goagulation ne tarde pas à se faire. Mais si on a préalablement chauffé le liquide prostatique à 70° pendant quinze minutes, il perd son pouvoir coagulant. Ni la pressure, ni le fibrin-ferment ne provoquent cette coagulation, ni les oxalates, ni la peptone ni l'extrait de sangsues ne l'empêchent. Inversement, le liquide prostatique n'a d'action coagulante ni sur le sang, ni sur le lait. C'est donc bien un nouvel agent coagulant.

De l'influence de la lécithine sur la croissance des animaux à sang chaud.

M. DANILEWSKY a indiqué précédemment que la lécithine accélère notablement la croissance de têtards de

grenouille. Dans de nouvelles expériences, il démontre que l'injection de lécithine en petites quantités dans l'organisme des animaux à sang chaud donne une *sensible augmentation de poids du corps dans la période de croissance.* L'influence de la lécithine ne s'explique pas seulement par une augmentation probable de la masse du sang et par une amélioration dans sa composition, mais, selon toute probabilité, par une action immédiate sur le cerveau qui se développe.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 juillet 1896. Présidence de M. Chauveau.

MM. Paul Claisse et Otto Josué ont étudié les *relations des pneumokonioses avec les états morbides.* Leurs expériences portent sur 30 animaux soumis à l'anthracose. Ceux qui sont sains supportent des doses colossales de fumée de charbon sans en souffrir. Les voies lymphatiques servent à l'élimination. Au contraire, les animaux lésés (tuberculose, intoxication morphinique) succombaient rapidement à l'anthracose. D'autre part, l'anthracose crée-t-elle un terrain ? Il semble que ce rôle soit peu important en l'absence d'autre tare.

M. Rénon a fait des recherches expérimentales sur l'*Aspergillus fumigatus* qui est pathogène et sur l'*Aspergillus niger* qui ne l'est pas. Sur la grenouille, quelle que soit la température de l'expérience, l'action est nulle. Sur le lapin, l'Aspergillus fumigatus donne une réaction rénale, mais tardive ; et ce sont les globules blancs qui se chargent des spores de l'Aspergillus non pathogène, aussi bien dans la grenouille que dans le lapin, enrayant le développement de l'Aspergillus; ils restent sans pouvoir absorbant sur les spores de l'aspergillus pathogène.

MM. Phisalix et Bertrand avaient étudié la *toxicité du sang des Ophidiens venimeux* provoquant des accidents analogues au venin de ces animaux. A ces expériences faites sur le crapaud, la couleuvre, la vipère, les auteurs ajoutent de nouvelles expériences faites avec du sang de cobra vivant et chauffé; les accidents sont d'autant plus intenses que l'espèce d'Ophidien est plus dangereuse comme venin.

M. Critzmann a retrouvé chez trois *neurasthéniques* des phénomènes physiques permettant d'exercer un contrôle sur leur dire : 1° Le réflexe crémastérien manque chez les neurasthéniques héréditaires ; 2° cette abolition est bilatérale; 3° le réflexe est aussi aboli dans les cas de varicocèle, chez les malades ayant eu une orchite ; 4° l'auteur n'a pu retrouvé ce signe chez des malades ayant la neurasthénie acquise; 5° enfin le réflexe bulbo-caverneux est également modifié dans la neurasthénie héréditaire.

M. Reutlinger présente un *lapin inoculé* par le Pr Vaillard du Val-de-Grâce avec 10 c. c. de *culture de pneumocoque stérilisée au chloroforme.* Douze jours après, le lapin a eu: fièvre, torpeur, inappétence avec atrophie symétrique des muscles antérieurs. Il s'agit probablement d'une myelite analogue à celles provoquées par MM. Ballet et Lebon avec des cultures virulentes de pneumocoques.

M. Dejerine rapporte le résultat d'une autopsie d'un tabétique atteint d'ophtalmoplégie externe et de paralysie laryngée. En plus des lésions du tube, ce malade présentait des altérations énormes des nerfs des 3e, 4e et 6e paires spinal et pneumogastrique, qui paraissaient atteints de névrite parenchymateuse aiguë ; les noyaux de ces nerfs étaient intacts.

M. Lamy a étudié les lésions des centres nerveux après injections intra-veineuses de substances pulvérulentes.

M. Gréhant expose un procédé de dosage de l'alcool dans le sang.

M. Hallion donne ses expériences sur l'*action des injections intra-veineuses de chlorure de sodium sur la formation de l'urine.*

M. Nicolas envoie une note sur l'action du *sérum diphtérique sur le bacille de Lœffler et le coli-bacille et la réaction de Grüber et Durham.*

M. Viala étudie l'*action toxique des alcools.*

M. Bourquelot montre la *réaction que produisent certains ferments oxydants.*

M. Rodet a étudié l'action du sérum de mouton sur le *bacille d'Eberth et le coli-bacille.*

M. Charrin étudie longuement l'*action des toxines sur la lymphe.* A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 juillet 1896. — Présidence de M. Hervieux.

Aïnhum et lèpre.

M. Zambaco discute les théories pathogénique de l'aïnhum : 1° constriction par le cordon ombilical s'appliquant à la rigueur à certaines mutilations du tout jeune âge ; 2° rapport avec la sclérodermie et la maladie de Morvan. Pour lui, les trois affections : aïnhum, sclérodermie, maladie de Morvan ne sont qu'une variété atténuée de la lèpre. Il a vu des lésions analogues chez des lépreux. Il a vu d'autre part chez ces malades des stigmates incontestables de lèpre.

Un cas de pseudohermaphrodite.

M. Pozzi présente une malade offrant l'aspect d'une femme bien constituée et chez qui cependant deux opérations successives pour des hernies inguinales gauches ont permis d'enlever des organes fibreux constitués comme l'a montré l'examen histologique par le testicule arrêté dans son développement. Les désirs sexuels complètement nuls avant l'opération sont depuis très violents et la malade se sent vivement attirée vers le sexe masculin.

Elongation des nerfs comme traitement des névrites.

M. Périer présente un rapport sur trois observations de guérison de névrite par élongation du nerf dues à M. Mouchet (de Sens). Les bons résultats obtenus sont incontestables. On peut pourtant se demander s'ils ne sont pas dus à la dissection du nerf le dégageant de cals vicieux de tissus cicatriciels. Dans deux cas toutefois, il n'existait aucune altération des tissus voisins du nerf. L'influence de l'élongation semble alors pouvoir être seule invoquée.

M. Reclus rappelle que ces opérations peuvent être faites avec la cocaïne, en ayant soin d'insensibiliser le nerf avant de l'élonger.

M. Monod insiste sur la valeur de l'élongation. Toutefois, la simple dissection du nerf peut donner de bons résultats, comme il l'a vu dans un cas de traumatisme du nerf cubital suivi d'une paralysie si gênante que le malade réclamait l'amputation. La dissection a donné une guérison complète.

Maladie de Fauchard.

M. Moty étudie la chute prématurée des dents saines décrite par Fauchard. Cette chute est due à l'oblitération de la cavité pulpaire par des dépôts de dentine. Les dépôts dépendent d'un excès de sels de chaux dans l'écomie. La trépanation de la cavité pulpaire proposée par Poinsot est très rationnelle. Malheureusement les malades consultent souvent trop tardivement.

Les rayons de Rœntgen.

M. Terrier présente au nom de M. Forgue (de Montpellier) les photographies d'un genou ankylosé. Ces photographies ont permis de déterminer très exactement avant l'opération l'angle du fémur et du tibia. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 24 juillet 1896. — Présidence de M. d'Heilly.

M. Lemoine. — *Hystérie à forme hépatique.* — Il s'agit d'un malade qui, pendant son service militaire au Tonkin, fut pris de dysenterie à forme hépatique et, un mois après, d'accidents hystériques, grandes convulsions et hémiplégie complète qui guérit en six semaines. A l'heure actuelle, guéri de sa

dysentérie, il présente au niveau du foie une zone hystérogène, qu'il suffit de presser pour déterminer des hoquets, des éructations, du tympanisme abdominal qui durent environ 10 minutes.

M. HAYEM rappelle le cas d'une jeune fille atteinte d'ulcère stomacal, chez laquelle il pratiqua le tubage qui détermina une attaque que rien ne faisait prévoir.

M. WIDAL. — *Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.* — Deux questions restaient en suspens : à partir de quelle date peut-on compter sur le résultat de l'examen du sérum? Y a-t-il réaction dans les fièvres typhoïdes abortives? Sur le premier point, l'expérience permet de fixer le septième ou huitième jour. Une fois l'agglomération des bacilles s'est produite le cinquième jour. Le résultat a toujours été négatif dans les fièvres typhoïdes abortives. Avec d'autres liquides, notamment avec les urines, les résultats sont inconstants. Chez les malades ayant eu autrefois la fièvre typhoïde, la réaction ne s'est produite qu'une fois sur dix.

MM. ACHARD et MÉNETRIER rapportent plusieurs cas dans lesquels les indications du séro-diagnostic ont été ensuite confirmés par la clinique.

M. HAYEM rappelle qu'il emploie couramment un procédé de diagnostic rapide, consistant dans la numération des leucocytes, dont le nombre n'est pas augmenté, contrairement à ce qu'on croit généralement.

M. LEGENDRE rapporte l'histoire d'un jeune homme porteur d'un gros *kyste hydatique* qui avait refoulé le cœur vers le quatrième espace intercostal et auquel M. Tuffier fit une large incision qui donna issue à deux litres de liquide et qui fut ensuite bourrée de gaze stérile iodoformée. Dans l'après-midi du jour de l'opération, le malade commença à tousser à 11 heures du soir ; il mourait par asphyxie graduelle. Il ne s'était pas produit d'hémorrhagie dans le kyste et la mort semble due, soit à la décompression brusque, soit au retour du cœur à sa position normale, après une longue torsion des vaisseaux.

M. RENDU. — Lorsque le liquide n'est pas purulent, il y aurait intérêt à employer un moyen presque médical; la ponction exploratrice, suivie de l'injection de quelques gouttes de sublimé. Une petite fille ainsi traitée guérit d'un kyste qui renfermait trois quarts de litre de liquide.

M. LEGENDRE. — Dans notre cas, il nous semblait difficile d'obtenir la résorption de deux litres de liquide et nous pouvions craindre, avec la ponction exploratrice, l'inondation du péritoine.

M. HANOT. — La ponction exploratrice suivie d'injection de liqueur de Van Swieten n'est de règle que pour les kystes petits et moyens.

M. MARFAN. — *Nécessité de la stérilisation du lait immédiatement après la traite.* — On néglige très souvent, dans la stérilisation du lait destiné à l'alimentation des enfants, une règle très importante, dont l'inobservance peut donner lieu à des diarrhées estivales graves. A la ville, on fait bouillir le lait dès qu'on le reçoit du laitier. Mais celui-ci l'a parfois depuis longtemps, car il lui est souvent envoyé de province. Le lait reçu le matin à Paris est souvent trait la veille entre trois et quatre heures de l'après-midi. Dans ce cas, on détruit bien les ferments, mais non les produits de la fermentation et la stérilisation est illusoire. Donc, s'il n'est pas possible d'avoir le lait immédiatement après la traite, pour le faire bouillir, il faut renoncer à s'en servir et s'en tenir au lait stérilisé dans l'industrie.

M. MARFAN présente une photographie de *mono-arthrite déformante coxofémorale* obtenue après une heure et demie de pose. Ce résultat est remarquable à cause de l'épaisseur de tissus que les rayons X ont dû traverser; les lésions osseuses apparaissent très nettes. L.-R. REGNIER.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du jeudi 9 juillet 1896.

M. PICHEVIN, *à propos de la spécificité du gonocoque*, déclare qu'actuellement les recherches bactériologiques et l'expérimentation ne permettent plus de douter de cette spécificité.

M. PORAK demande si cliniquement on peut affirmer qu'une femme est absolument guérie d'une affection gonococcienne, et s'il n'existe pas un moyen de décéler le gonocoque dans les vaginites anciennes.

M. PICHEVIN. — Le gonocoque a été retrouvé dans le col utérin six ans après l'infection, et c'est à ce niveau qu'il faut le rechercher.

M. DOLÉRIS ne croit pas qu'il y a actuellement un procédé qui permette d'affirmer d'une façon précise que le gonocoque a disparu d'une façon complète des organes génitaux de la femme.

M. PETIT fait remarquer combien les signes qui permettent de distinguer le gonocoque sont peu caractéristiques, puisqu'ils ne sont pas admis en médecine légale.

M. BUDIN insiste sur l'importance qu'il y aurait à pouvoir faire le diagnostic certain de la non existence du gonocoque chez l'homme, lorsqu'il s'agit d'autoriser un mariage. Les médecins se désintéressent trop de cette question et pourtant le gonocoque produit chez les femmes des conséquences formidables : endométrites, salpingites, stérilité.

M. VALENCY présente un *bidet-lit*, destiné à permettre aux femmes de prendre des injections prolongées dans le décubitus dorsal.

M. PETIT présente *un pessaire intra-utérin* destiné à combattre l'antéflexion ; le pessaire, qui est creux, doit être laissé en place un certain temps. Dans un certain nombre de cas obtenus par M. Bouilly, la grossesse a suivi l'application de ce pessaire : il servirait donc à combattre la stérilité.

M. DOLÉRIS fait observer que les pessaires intra-utérins ne s'attaquent qu'à une des causes de la stérilité, l'antéflexion, et laissent de côté les malformations du col et les états pathologiques de la muqueuse. On obtiendra de bons résultats avec le massage, la dilatation et les opérations plastiques sur le col.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Ordre du jour de la Séance du 29 juillet 1896.

Suite de la discusion sur le *traitement du cancer du rectum* (M. Th. ANGER).

Rapport sur un cas de *contusion du foie*, par M. FAURE. Rapport par M. WALTHER.

Communication sur l'*anastomose intestinale*, par le procédé de M. SOULIGOUX, par M. PICQUÉ.

REVUE D'HYGIÈNE

I. — Hygiène; par le Dr J. NOIR. — Bibliothèque du Conducteur des Travaux publics. Dunod, éditeur, 1896.

I. — L'hygiène du Dr Noir est destinée aux conducteurs de travaux publics qui, bien souvent, ont à donner des conseils d'hygiène à leurs ouvriers placés dans des conditions de travail parfois malsaines, pénibles et dangereuses. Ce livre, simplement écrit, n'a pas la prétention de ne renfermer que des idées nouvelles; mais ce que le lecteur y trouvera, c'est l'ordre, la clarté et la précision scientifique. L'auteur passe en revue l'hygiène générale, les milieux naturels, le sol, l'eau, les climats, les milieux artificiels, l'habitation, chauffage, éclairage, ventilation, l'alimentation, l'hygiène publique, etc. Nous recommandons particulièrement les chapitres relatifs à l'hygiène industrielle et professionnelle. Enfin le Dr Noir consacre un long chapitre aux secours et premiers soins à donner en cas d'accidents aux malades et aux blessés. Ces conseils, bien mis en pratique par les conducteurs, rendraient de grands services dans les cas si fréquents d'accidents.

II. — Recueil des travaux du Comité consultatif, Année 1894.

II. Il est regrettable que le Ministère de l'Intérieur mette un si long temps dans la publication des travaux du Comité consultatif : ce recueil contient de précieux documents, qui, aujourd'hui, n'ont plus guère qu'un intérêt historique. On y trouvera des chapitres consacrés aux eaux minérales, aux eaux potables, au maniement des peaux conservées à l'aide de produits arsénieux, à la fabrication de la soie artificielle, etc. Naturellement la fièvre typhoïde y tient une grande place, qui n'est pas près de diminuer.

III. — L'hygiène dans les habitations économiques de la plaine Saint-Denis; par le Dr DUPUY. — Paris, 1895.

III. — La plaine Saint-Denis a une population pauvre et misérable, logée dans de véritables bouges : en plein centre, de la plaine la Société des habitations économiques a construit la *Ruche*, véritable hameau hygiénique. Depuis qu'elle est cons-

truite, la ruche a été épargnée par les maladies épidémiques; et on sait qu'autrefois ce centre industriel présentait d'une façon continue des foyers d'infection et de nombreux décès. M. Dupuy fournit d'intéressants renseignements sur la construction de la *Ruche*; chauffage, ventilation, water-closets, etc. On peut, avec l'auteur, regretter cependant les prix des loyers qui sont encore trop élevés, le moins cher étant encore de 246 francs : il faudrait des logements de 120 à 150 francs, prix que ne peuvent dépasser les familles les plus misérables, celles qui sont logées précisément dans les conditions hygiéniques les plus mauvaises, dans les maisons les plus immondes de la plaine Saint-Denis. Là, les logements donnent sur des cours plus ou moins bien entretenues, où souvent les eaux ménagères croupissent à ciel ouvert dans des ruisseaux infects, où l'aération est toujours défectueuse. Bonne monographie.

IV. — Une mission en Belgique et en Hollande : l'hygiène et l'Assistance publique. L'organisation et l'hygiène scolaires; par DELVAILLE. — Paris, 1895.

IV. — Au point de vue de l'hygiène les Belges et les Hollandais sont plus avancés que les Français. Le bureau d'hygiène de Bruxelles, fondé sur l'initiative du Dr Janssens, peut servir de modèle. Le Dr Delvaille insiste sur les œuvres d'assistance pour les ouvriers; en Hollande, en particulier, il existe des fondations privées qui fonctionnent très bien. Pour les enfants assistés, pour les orphelins, il y a dans ces deux pays une excellente organisation, en particulier à Gand, à l'asile d'orphelins. Citons également les chapitres relatifs aux hôpitaux en Belgique et en Hollande, il y a dans presque tous les hôpitaux des écoles d'infirmières assez semblables aux *nurses schools* d'Angleterre et aux Ecoles municipales de Paris, dont la création, on le sait, est due à notre rédacteur en chef, qui, depuis 19 ans, continue à les diriger.

V. — L'hygiène des expéditions européennes dans les pays tropicaux; par le Dr VIGUIÉ. — Nantes, 1895.

V. — L'auteur s'occupe principalement de Madagascar dans sa conférence, faite malheureusement à un moment (février 1895) où on ne connaissait pas encore d'une façon précise la statistique déplorable des malades et des morts. MARTHA.

REVUE DE DERMATOLOGIE & DE SYPHILIGRAPHIE

I. — Chancre tuberculeux de la verge; par Michel MOUTRIER, Thèse, 1896.

I. — Les observations de chancre tuberculeux de la verge ne sont guère qu'au nombre d'une douzaine. L'affection est, en effet, rare chez l'adulte ou plutôt y passe-t-elle, semble-t-il, méconnue; elle est plus fréquente chez l'enfant à la suite de la circoncision. « Chez l'adulte, il faut distinguer le chancre tuberculeux de la verge, qui n'est accompagné d'aucune autre lésion tuberculeuse des organes génitaux urinaires et le chancre tuberculeux secondaire qui se montre à la suite d'une tuberculose génito-urinaire avancée et qui, très souvent, est accompagné d'ulcérations tuberculeuses de l'urètre. » La pathogénie du véritable chancre tuberculeux primitif est encore contestée : tandis que les uns mettent en doute son existence même, prétendant que c'est consécutivement à un foyer de tuberculose ignoré ou non que la verge du porteur s'infecte, d'autres soutiennent qu'un coït avec une femme atteinte de tuberculose génitale suffit pour que l'infection se puisse produire. Il faut reconnaître que ce que nous savons de la tuberculose cutanée, de la main, par exemple, rend aussi plausible que ce soit ce mode d'infection, et l'on ne comprend guère l'auteur de ne pas accepter cette pathogénie et de conclure que dans la grande majorité des cas le chancre tuberculeux de la verge naît par voie hématique. Mais alors il ne s'agit plus d'un chancre tuberculeux; il s'agit d'une tuberculose pénienne, chancriforme si l'on veut, mais secondaire, et n'ayant rien de commun avec l'accident initial d'une tuberculose, avec un véritable chancre, et précisément l'observation de M. Moutrier ne me paraît pas répondre au titre même de son travail. Son malade est un tuberculeux de la verge, comme il est tuberculeux du poumon et de la lèvre. Les cas de tuberculose inoculée dans la pratique de la circoncision sont bien plus probants et méritent bien mieux la dénomination de chancres tuberculeux. L'auteur, malheureusement, n'insiste pas sur ces derniers. Il ne nous donne aucun renseignement sur la période d'incubation qui s'étend du moment de l'inoculation tuberculeuse à l'apparition des premiers accidents. M. Moutrier consacre ensuite quelques pages au diagnostic et au traitement de cette tuberculose pénienne.

II. — Clinical notes on Psoriasis; par Duncan BULKLEY. — New-York, 1895.

II. — Actuellement, les médecins se bornent à « blanchir » les malades atteints de psoriasis; mais comme le dit fort bien M. le Dr Bulkley, il faut remonter à la cause de la maladie et ne pas se borner à traiter un accident local. De la connaissance exacte de cette affection peuvent donc découler des notions thérapeutiques importantes. Nous bornant à la partie thérapeutique de ce travail, nous y trouvons les indications suivantes: Les eaux minérales n'ont aucune influence sur la maladie. La diététique est importante; une nourriture forte et stimulante peut donner une poussée éruptive, congestionner et irriter les plaques de psoriasis, tandis qu'une nourriture légère et douce avec abstinence complète de l'alcool calmera l'éruption. Tout ce qui tend à augmenter les acides de l'économie, les sucreries, les vins mousseux, la bière peuvent précipiter l'évolution d'une poussée ou l'aggraver.

L'auteur indique les avantages de la laine sur le corps, d'un exercice modéré, d'un climat chaud et égal. J'ai connu, dit-il, des malades qui demeuraient indemnes de psoriasis aussi longtemps qu'ils habitaient les tropiques. Le traitement local est très important; mais le traitement général ne l'est pas moins, bien qu'il n'y ait pas de médication spécifique contre le psoriasis. L'arsenic donné à des doses suffisantes et prolongées a souvent éloigné des poussées. Les alcalins, potasse, soude, lithine sont des médicaments d'une réelle valeur. Le colchique est aussi à recommander, de même que l'aconit dans les cas où existe de l'irritation.

III. — Sleep in its relations to diseases of the skin; par Duncan BULKLEY. — *Medical Record*, novembre 1895.

III. — Le sommeil est un facteur important dans nombre de maladies de la peau, les troubles du sommeil survenant aussi bien comme une cause que comme un effet. Les troubles du sommeil survenant chez certains malades avec des affections cutanées, peuvent être d'ordre digestif, toxique, circulatoire, nerveux, psychique, cutané. Ces causes seront recherchées, car un mauvais sommeil peut produire ou aggraver un grand nombre d'affections cutanées. Dans les cas où le trouble du sommeil est dû à la maladie de la peau, il faudra traiter cette dernière avant de s'adresser aux hypnotiques : les détails sont importants à considérer. Les opiacés sont utiles si l'insomnie est sous la dépendance de la douleur, mais ils sont inutiles et nuisibles si cette insomnie est produite par la démangeaison. Le chloroforme et l'éther ne sont pas non plus à recommander dans ces cas. Les médicaments dits antinévralgiques et hypnotiques rendent souvent de grands services comme sédatifs : le gelsemium et le cannabis indica sont recommandables.

IV. — Ueber Piedra nostras; par UNNA. — *Deut. med. Zeitung*, 1895, n° 23.

IV. — Bonne étude de clinique et de mycologie sur la piedra que l'auteur tend à identifier avec la piedra de Colombie et dont il discute la dénomination, proposant celle de Trichosporon giganteum de préférence à celles dont on s'est servi jusqu'à présent.

V. — Des eczémas et leurs traitements; par ARCHAMBAULT. — Doin, édit., 1895.

V. — Monographie assez complète sur les modalités de l'eczéma et que consulteront les praticiens souvent embarrassés pour formuler un traitement, ne sachant à laquelle des nombreuses médications qu'on leur propose chaque jour il faut donner la préférence.

VI. — Eczema of the hand and fingers; par UNNA. — Bristol, John Wright.

VI. — Monographie dans le genre de la précédente, mais

ayant pour but l'introduction dans la thérapeutique de l'eczéma de substances jusqu'ici réservées à d'autres dermatoses. La chrysarobine, les pommades soufrées, la résorcine sont principalement recommandées par l'auteur.

VII. — Un caso interessante di sindrome poliomielica pura da sifilide spinala; par Cesare Minarbi Ferrara.

VII. — Observation très complète et discussion serrée sur le diagnostic et la nature d'un cas de poliomyélite chez un syphilitique.

VIII.—Sifilide renale congenita; par Massalongo. — Turin, 1895.

VIII. — Note anatomo-pathologique sur un cas de sclérose rénale syphilitique congénitale. L'aspect des lésions est celui de la néphrite interstitielle : les altérations de la substance rénale sont celles qui ont été décrites dans la syphilis rénale tardive de l'adulte. La syphilis fœtale peut donc donner lieu aux lésions rénales suivantes : compression et atrophie des glomérules ; périartérite ; sclérose péritubulaire ; production intratubulaire de cylindres hyalins ou granuleux. Paul Raymond.

BIBLIOGRAPHIE

Pathogénie de la néphrite aiguë a frigore. Etude expérimentale et critique; par le Dr Maurice Castets.

La néphrite *à frigore* existe-t-elle? Roger, en 1840, la considéra comme très rare; en 1869, le Pr Cornil la considère comme fréquente; en 1875, M. Lécorché tend à l'exclure du cadre nosologique; en 18 7, Vulpian reprend la théorie nerveuse du refroidissement, en se basant sur la physiologie des nerfs vaso-moteurs. En 1881, Labadie-Lagrave écrit que le refroidissement n'est indiqué que parce que la véritable étiologie de l'affection rénale nous échappe. En 1887, le Pr Bouchard tend à en faire une maladie infectieuse, et, en 1888, Semmola écrit que toujours il s'agit d'une fluxion rénale par trouble de l'innervation vaso-motrice.

En face de ces opinions discordantes, le Dr Castets a institué un certain nombre d'expériences dans le but de fixer la science sur ce point si controversé. De son travail, il résulte que la néphrite aiguë *a frigore* existe chez l'homme et chez les animaux, et que les accidents produits par le refroidissement sont assimilables à ceux des intoxications. Mais l'intoxication n'est pas due à la rétention sudorale; elle doit être attribuée en partie à une exagération des phénomènes de désassimilation. Les hématies sont détruites en grand nombre et les produits de cette destruction, extrêmement toxiques, jouent un rôle important dans la genèse des accidents observés. La cellule hépatique est constamment atteinte; ses fonctions sont profondément troublées ; elle ne protège pas l'organisme.

G. Peltier.

Sur les relations entre la moelle épinière, la distribution et les lésions des vaisseaux sanguins spinaux; par M. R.-T. Williamson (de Londres). — Lewis, London, 1895.

Cette revue, bien documentée, est consacrée à la démonstration d'une idée qui nous est familière, depuis Vulpian et Charcot: la superposition des lésions de la moelle épinière aux distributions vasculaires du névraxe. On établit ainsi, pour les principales maladies, sclérose en plaques, myélite transverse, ataxie locomotrice, paralysie agitante, et surtout embolie spinale, des figures qui démontrent le rôle prépondérant des vaisseaux dans la répartition des lésions. La nature de ces lésions, dont la variété seule permet d'expliquer les variétés cliniques est, cela va sans dire, mise à part. Le travail de M. Williamson, bien qu'il ne renferme pas de recherches originales, constitue une revue fort claire, avec dessins nombreux, mais parfois trop schématiques, du sujet que son titre comporte. A. P.

Enseignement populaire supérieur de la ville de Paris. — M. le Dr Verneau, professeur d'anthropologie, fera deux nouvelles conférences au Village Soudanais du Champ-de-Mars, sur les caractères physiques, les mœurs, les coutumes des indigènes. Dimanche 2 août, à 10 heures du matin : *Les Sénégalais et les Soudaniens.* — Dimanche 9 août, à 10 heures du matin: *Les Malgaches.* — Rendez-vous : Avenue de Labourdonnais, entre le village Soudanais et les bureaux de l'Exposition de 1900.

VARIA

A propos du Congrès des Aliénistes et des Neurologistes : Nécessité de l'union des Aliénistes et des Neurologistes.

Nous venons de lire, dans le numéro qui vient de paraître des *Annales médico-psychologiques*, une chronique du Dr Parant, intitulée : *Le projet de l'Union des médecins aliénistes.* « Dans le courant de mai, dit notre savant confrère, nous avons reçu, et nous supposons que tous nos confrères aliénistes ont reçu, comme nous, une circulaire ainsi conçue :

Union des médecins aliénistes. — A la suite de certains incidents survenus pendant les différents Congrès de médecine mentale, un groupe important de médecins aliénistes de la carrière s'est constitué en vue d'étudier tout spécialement un projet d'Union, peut-être même de syndicat, destiné à prendre sérieusement en mains les intérêts généraux et particuliers des membres de la corporation, la défense de leurs droits (si souvent méconnus pour les uns et centuplés par les autres). Une réunion intime aura lieu, la veille de l'ouverture du Congrès de 1896, dans un local déterminé, qui sera indiqué aux membres du Congrès. »

M. Parant a raison de faire une réserve au sujet de l'envoi de cette circulaire. Elle ne paraît pas, en effet, n'avoir été adressée qu'aux « aliénistes de la carrière. » Il regrette aussi que cette circulaire soit anonyme et enfin que ses auteurs organisent une réunion avant l'ouverture du Congrès.

Le temps nous manque pour discuter l'idée même de la création de l'Union des médecins aliénistes. Nous nous bornerons à quelques remarques, portant sur la fin de cet article.

M. Parant se plaint que « nos Congrès aient dévié de leur institution primitive »: ce qui veut dire, — car il ne formule pas nettement son opinion, — qu'il regrette l'adjonction des *neurologistes* aux *aliénistes*. Cette adjonction, suivant lui, a eu de graves inconvénients.

« Les aliénistes, écrit-il, ont dû y sacrifier l'étude des questions d'ordre administratif et économique, qui sont pour eux d'un grand intérêt; ils ont dû donner moins de place aux questions qui concernent le soin, l'assistance, le traitement des aliénés, alors que ces questions devraient y être prépondérante. La diffusion de matière a, en outre, amené un nombre de communications telles que leur lecture, écourtée, rapide, n'est presque plus qu'un défilé banal, excluant toute discussion fructueuse. On pourrait encore y relever d'autres défauts, et nous ne craignons pas de dire que, à notre avis, dans l'intérêt de tout le monde, il vaudrait mieux revenir strictement au programme des premiers congrès. »

Nous avons le regret d'être en désaccord avec notre distingué confrère. Nous avons toujours pensé que les maladies mentales constituaient en chapitre, non le moins important, des maladies du système nerveux; que l'étude de toutes les maladies du système nerveux était indispensable aux médecins aliénistes, aussi bien qu'une connaissance approfondie de l'anatomie et de la physiologie de tout le système nerveux. C'est pourquoi nous avons applaudi à l'union des Aliénistes et des Neurologistes. Les uns et les autres se prêtent un mutuel concours scientifique, qui ne peut que contribuer au progrès de l'étude des maladies mentales. Les derniers Congrès ont été très fructueux à cet égard. Vouloir revenir en arrière, faire de la *désunion* serait contraire aux intérêts des futurs congrès. Nous espérons bien que la majorité des membres du Congrès de Nancy saura faire prévaloir ces idées et maintenir l'union des Aliénistes et des Neurologistes. Bourneville.

Le Service Chirurgical de l'Exposition de 1900.

Nous apprenons que notre excellent ami et très distingué collaborateur, Gilles de la Tourette, médecin des hôpitaux, professeur agrégé de médecine à la Faculté de Médecine, va être nommé Chef du Service Chirurgical des chantiers de l'Exposition de 1900.

Nous sommes particulièrement heureux du choix fait par l'Ad-

ministration et nous adressons à notre ancien collègue d'internat nos plus vives félicitations. — Evidemment, on ne pouvait confier la direction de cet important service de chirurgie qu'à un professeur agrégé de médecine de notre Faculté ! M. B.

Association de la Presse médicale française.

Le Cinquantenaire de l'Anesthésie.

Les délégués des corps savants de France, nommés pour représenter ces Sociétés à la conférence préparatoire organisée par l'Association de la Presse médicale dans le but de préparer la fête commémorative du Cinquantenaire de l'Anesthésie, se sont réunis le mercredi 15 juillet 1896 à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine de Paris, sous la présidence de M. le Pr Cornil, président de l'Association de la Presse médicale et délégué officiel de l'Académie de Médecine.

La commission définitive d'organisation a été nommée et se compose de : M. le Pr Cornil, président (*Académie de Médecine*); — M. le Dr Lucas-Championnière (*Association de la Presse médicale*; — M. le Dr Picqué (*Association française de Chirurgie*); — M. le Dr Reclus (*Société de Chirurgie de Paris*); — M. le Pr Lannelongue (*Association générale des Médecins de France*); — M. A. Petit (*Association générale des Pharmaciens de France*); — M. de Marion (*Syndicat des Dentistes français*); — M. Marcel Baudouin, secrétaire général.

M. M. Baudouin a exposé ensuite à la commission un programme de l'ensemble des fêtes, qui comprendraient : 1° une séance solennelle à la Sorbonne; 2° un banquet, ouvert à tout le corps médical français; 3° une représentation de gala dans l'un des théâtres subventionnés.

Comme la commission pense qu'il y a un réel intérêt à faire coïncider la fête, non pas exactement avec le 16 octobre (date précise du Cinquantenaire), mais avec le prochain Congrès de Chirurgie, qui s'ouvrira, à Paris, le 18 octobre seulement, avant de se réunir à nouveau, elle attendra les propositions du bureau du Congrès de Chirurgie, si ce dernier n'accepte pas intégralement les propositions de l'Association de la Presse médicale. *Le Secrétaire général,* Marcel Baudouin.

Les Etudiants étrangers en France.

M. le Ministre de l'Instruction publique prenait devant la Chambre, le 10 juin dernier, l'engagement de régler la question des étudiants étrangers, leurs conditions d'études dans nos Universités et le droit d'exercer ensuite la médecine sur le territoire français. Il vient de le faire par une brève circulaire, en date du 21 juillet, adressée aux recteurs, que nous avons reproduite dans notre dernier numéro (*Prog. méd.*, n° 30, p. 61).

Comme on a pu le constater, et comme le fait remarquer le *Temps*, cette circulaire divise en trois classes les étrangers qui viennent étudier dans nos Facultés de Médecine et leur applique à chacune d'elles un traitement différent.

Il y a d'abord les *médecins étrangers qui, une fois leurs études finies chez eux et sans poursuivre aucun nouveau diplôme, viennent en France pour se perfectionner.* Pour ces médecins, liberté d'étude et de travail entière. Facultés, bibliothèques, laboratoires, services hospitaliers et cliniques leur restent ouverts sans condition d'aucune sorte. C'est une première décision excellente.

Viennent ensuite les *étudiants étrangers qui ont l'intention de s'établir en France et d'y exercer la médecine.* Il a paru juste de les astreindre aux mêmes conditions que nos étudiants nationaux. En prenant leur première inscription, ils devront justifier des mêmes titres, c'est-à-dire du diplôme classique français de bachelier lettres-philosophie et du certificat de sciences physiques, chimiques et naturelles.

Enfin, dans une troisième classe se trouvent les *étudiants étrangers qui veulent étudier la médecine en France, mais se proposent*, une fois leurs études terminées, *de retourner dans leur pays d'origine.* Pour ceux-là sera créé un nouveau diplôme d'études médicales qui attestera la valeur et la durée de leurs études, mais ne leur donnera pas le droit d'exercer la médecine en France. Avis leur en sera donné au moment de leur première inscription.

Nous craignons, dit le *Temps*, que le Ministre ne se soit un peu trop hâté de résoudre une question si complexe. Il aurait été préférable de laisser aux conseils de chaque Université le temps de l'étudier avec soin et dans tous ses détails. La circulaire ne résout la difficulté que pour la médecine ; mais la difficulté existe pour toutes les Facultés. Il ne faut pas se dissimuler : c'est la question générale d'une refonte de nos examens et de nos diplômes qui se pose et s'impose.

Le *Temps* a-t-il raison de compter ainsi sur les Universités pour vider une question de cette nature ? C'est là une opinion qui ne sera peut-être pas celle de tout le monde. Quoiqu'il en soit, le Ministre *crée par sa circulaire deux diplômes de médecine*: l'un qu'on appellera *Diplôme d'Etat* et qui donnera le droit d'exercer la médecine en France ; l'autre qu'il ne baptise pas, mais qui sera évidemment un *Diplôme d'Université*, et d'un caractère exclusivement scientifique. Ce dédoublement de l'examen et du diplôme s'imposera partout.

Il est peut-être regrettable, ajoute le *Temps*, et avec raison, de l'introduire accidentellement et avant que des discussions et une étude approfondies aient nettement déterminé le caractère de l'un et de l'autre. Le danger, en effet, en procédant trop hâtivement, serait de faire apparaître aux yeux des étrangers le second diplôme, celui qui ne conférerait pas le droit d'exercer la médecine en France, comme un diplôme inférieur, un certificat donné au rabais, bon pour l'exportation. Rien ne serait plus fatal à nos jeunes Universités. Les étrangers qui viennent chez nous ne veulent pas être traités, au point de vue scientifique, autrement que nous. Ils dédaigneraient vite un diplôme que nous paraîtrions mépriser nous-mêmes. Il y a encore quelque chose à préciser et à expliquer de ce côté-là.

Congrès international de Chimie appliquée.

Le deuxième Congrès international de Chimie appliquée aura lieu du 27 juillet au 6 août, sous la présidence de M. Berthelot. Il comprend plus de 1,500 membres, dont 500 savants étrangers. Le programme n'annonce pas moins de 60 séances qui se tiendront à la Sorbonne, à la Société d'encouragement, à l'Hôtel des sociétés savantes et à l'Ecole des mines. La plupart des puissances y sont représentées par des délégués officiels, de même que tous les départements ministériels français. Le congrès a surtout pour but d'unifier les méthodes d'analyses employées dans les différentes industries, d'arriver à une entente internationale, relativement à la répression de la fraude dans les denrées alimentaires et les engrais, de rechercher des procédés de purification des eaux résiduaires que les villes et les usines déversent dans les cours d'eau au grand préjudice de la santé publique, etc. Il a été organisé par l'Association des chimistes de sucrerie et de distillerie de France et des colonies.

Le gouvernement français a accordé son patronage au Congrès et a désigné également des représentants officiels qui sont : pour le Ministère de l'Agriculture, M. Deherain ; pour le Ministère de l'Instruction publique, MM. Friedel et Troost ; pour le Ministère des finances, Mr Bardy, directeur des laboratoires des contributions indirectes; pour le Ministère de la Marine, M. Charles Durand, pharmacien de 1re classe de la Marine ; pour le Ministère des colonies, M. Raoul, pharmacien en chef des colonies ; pour le Ministère des travaux publics, M. Chesneau, ingénieur des mines.

Président général : M. Berthelot. — Vice-présidents généraux : 1° France, MM, Adolphe Carnot, directeur de l'Ecole des mines ; Dehérain, professeur au Muséum ; Duclaux, directeur de l'Institut Pasteur ; Friedel, professeur à la Faculté des Sciences ; Aimé Girard, professeur au Conservatoire des arts et métiers ; Lippmann, professeur à la Faculté des Sciences; Moissan, professeur à l'Ecole de pharmacie ; Schlœsing, directeur de la manufacture des tabacs; Schutzenberger, professeur au Collège de France ; Troost, professeur à la Faculté des Sciences. 2° Etranger, MM. Herzfeld (de Berlin); Marcker (de Halle); Strœhmer (de Vienne); Liebermann (de Budapest); Zenger (de Prague) ; Hannise (de Bruxelles); Depaire (de Bruxelles) ; Wefers-Bettinck (d'Utrecht) ; Piutti (de Naples) ; Istrati (de Bucarest) ; de Regel (de Saint-Pétersbourg) ; Schward (de Lausanne); Ventre pacha (du Caire); Doremus (de New-York. — Secrétaire général : M. Dupont.

M. Lindet a pris le premier la parole au nom du Comité d'organisation. Il a d'abord fait un éloge chaleureux de M. Berthelot, qui a été accueilli par plusieurs salves d'applaudissements. Il a remercié le gouvernement français, les puissances étrangères, et les savants de tous les pays d'avoir contribué à l'éclat de ce Congrès.

Les travaux ont été répartis entre dix sections : industrie du sucre, industrie de la fermentation, industries agricoles, chimie agricole, analyses officielles et commerciales, produits chimiques et pharmaceutiques, photographie, métallurgie et explosifs, chimie appliquée à la médecine et à l'hygiène, électrochimie.

« Si toutes les questions mises à l'ordre du jour étaient résolues, dit M. Lindet, nos comptes rendus constitueraient une encyclopédie de la chimie appliquée. »

L'avenir de la Science moderne.

De l'important discours que M. Berthelot a prononcé à l'ouverture du *Congrès international de Chimie appliquée*, nous extrayons le passage ci-dessous, qui a une portée très générale et qui est remarquable par le souffle qui y règne.

«Nous n'en sommes encore qu'au début de l'ère nouvelle. Aucun des savants ou des industriels qui ont concouru aux progrès si rapides de l'électricité et de ses applications n'oserait limiter, ni peut-être soupçonner les conséquences sociales qui vont en résulter dans l'avenir, fût-ce le plus voisin de nous. Nul non plus ne pourrait méconnaître que le jour est peut-être prochain, où les progrès de la chimie réaliseront la fabrication économique des matières alimentaires ; ce jour-là la culture du blé et l'élève des bestiaux sont exposées à la même destinée dont la culture de la garance a été atteinte sous nos yeux. Un immense déplacement d'intérêts s'accomplirait et la masse de la population finirait par en profiter. Mais pense-t-on qu'une législation quelconque pût opposer un arrêt durable à la marche de la révolution sociale, qui résulterait d'une semblable découverte?

Demain ou après-demain sans doute, les progrès combinés de la physique et de la chimie permettront à l'ingénieur de diriger les machines volantes à travers l'atmosphère. Au jour de la navigation aérienne, que deviendront le commerce, les douanes, les relations internationales, civiles et militaires? Les personnes habituées à raisonner sur l'avenir, d'après la seule expérience du passé, se hâteront sans doute de dire que ce sont là des rêves. Peut-être! Mais aussi l'intervention continue de la science est un fait sans précédent dans l'histoire. Les prévisions annoncées ne sortent pas de l'ordre des résultats scientifiques déjà obtenus, de ceux que nous voyons chaque jour réalisés sous nos yeux. Nous pouvons affirmer que, soit les changements rêvés ici, soit d'autres non moins considérables s'accompliront dans la courte durée de quelques générations.

Messieurs, j'ai poussé à l'extrême les conséquences des idées par lesquelles je voulais frapper vos esprits ; mais il est certain que la marche de plus en plus rapide des sciences, leur importance croissante et justifiée par les services rendus aux peuples et aux gouvernements montrent avec évidence qu'il y a là un facteur nouveau, dans tous les problèmes d'ordre politique ou économique agités aujourd'hui : facteur dont le germe existait à peine autrefois ; puissance grandissante, opposée à l'esprit étroitement conservateur et stationnaire des partisans du passé. L'esprit scientifique ne s'arrête jamais ; il va toujours en avant et il excite une activité sans cesse plus intense dans les intelligences et les industries ; il a commencé déjà à transformer et il transformera avec une vitesse croissante la répartition des richesses et la figure des sociétés humaines. Quant à nous, Messieurs, nous sommes, par conviction et par éducation, les esclaves du fait scientifique; nous en acceptons toutes les conséquences, quelle qu'en soit la portée. La vérité domine tout, on ne la méconnaît pas impunément, et elle rend seule des services définitifs. Notre devoir à nous nous est très clairement tracé. Agissons, c'est-à-dire travaillons! Travaillons sans relâche, tâchons de nous rendre utiles.

Activité et amour des hommes! c'est le dernier mot de la vie privée, aussi bien que de la vie sociale. »

La Bibliographie scientifique à la réunion de la *Royal Society* à Londres.

Récemment a eu lieu, à Londres, une réunion internationale destinée à faciliter la recherche des travaux publiés en n'importe quelle langue sur n'importe quel sujet scientifique.

Il s'agirait de réunir les efforts de tous les pays civilisés pour rédiger, à frais communs, un catalogue universel, imprimé, contenant toute la littérature scientifique, rangée tant par nom d'auteur que par ordre de matières. Ce travail étant, dit-on, au-dessus des forces d'une seule nation, la *Société royale de Londres*, qui n'a publié qu'un catalogue par noms d'auteurs, depuis le commencement du siècle jusqu'en 1880, renonce à poursuivre son œuvre. Ce recueil incomplet comprend 12 volumes grand in-4 à deux colonnes de 800 pages chacun!

La France a envoyé à cette réunion, deux délégués, M. Darboux, membre de l'Académie des Sciences, et M. Deniker, bibliothécaire du Muséum d'histoire naturelle. La réunion ne reconnaîtrait que trois langues officielles : l'anglais, le français et l'allemand, ce qui a déterminé l'abstention des Slaves et des Espagnols. Le secrétaire pour la langue française a été M. Forel, président de la Société helvétique des sciences. Le président a été le vice-président du bureau d'éducation de la Grande-Bretagne.

On s'étonnera de voir quels hommes le Gouvernement a choisis pour représenter, à Londres, la Bibliographie scientifique française. Certes, MM. Darboux et Deniker sont des savants de premier ordre, dont les vastes connaissances ne sont méconnues par personne. Mais on trouvera certainement bizarre que MM. les Prs Gariel et Ch. Richet, qui se sont toujours occupés d'une façon spéciale de ces questions, aient été ainsi tenus à l'écart. (Nous ne parlons pas des jeunes bibliographes, et cela à dessein).

La raison est facile à deviner cependant. C'est que ces maîtres sont de vaillants défenseurs de la *Classification décimale*, dont la Société royale ne veut pas entendre parler. En envoyant, à Londres, MM. Deniker et Darboux, le Gouvernement savait ce qu'il faisait : il voulait protester contre les tendances de la bibliographie moderne, et il y a réussi, car M. Deniker est un bibliothécaire défenseur acharné des vieux errements et M. Darboux un mathématicien qui ne s'intéresse que médiocrement aux besoins des sciences biologiques.

Et l'on dit que nous sommes en pays de Progrès!

La Maladie de Spuller.

Le *Temps* a publié la description suivante, sans doute destinée à devenir historique, de la maladie qui a emporté Spuller. Nous la reproduisons, à titre de document, comme nous l'avons fait pour Gambetta.

M. Spuller était atteint depuis plus de deux ans d'une affection grave de l'estomac. Il en était résulté un amaigrissement très marqué qui avait frappé tous ceux qui l'approchaient. L'absence de douleur, la très grande facilité au travail qui lui était restée, lui avaient permis de conserver toutes ses illusions.

Au mois de février dernier, il revint à Sombernon, plus fatigué et encore plus amaigri. Il commença quelque temps après à souffrir d'une façon intermittente de violentes douleurs abdominales. C'est alors que M. le Dr Rollet songea à le soumettre au régime lacté qu'il supporta merveilleusement et qui semblait devoir lui donner encore de longues espérances. Malheureusement, vers la fin de mai, il fut pris soudain d'une phlébite des veines de la jambe droite, suivie bientôt d'un ralentissement de la circulation tel que les plus graves désordres ne tardèrent pas à se produire. Grâce aux antiseptiques, on put enrayer dans une certaine mesure la marche de cette affection. Mais, le 20 juillet, au moment même où le caillot qui obstruait les veines du mollet commençait à se résorber et que celles-ci, en redevenant perméables, laissaient quelque espoir de voir se rétablir la circulation, soudain une embolie se produisit qui amena une paralysie de tout le côté droit. La langue et le pharynx furent également paralysés. Tout espoir était perdu. L'illustre malade commença dès lors à perdre ses forces d'une façon rapide et annonça lui-même à sa famille éplorée que le dernier moment n'était pas éloigné. Ce n'était plus, en effet, qu'une affaire de temps. Le 23 juillet, à deux heures du matin, il tomba dans le coma et rendit le dernier soupir à onze heures et demie sans avoir repris connaissance.

Hommage rendu à E. Séguin par le *Figaro*.

Nous lisons dans le *Figaro* du 21 janvier l'entrefilet suivant:

Dédié au maestro Reyer, cet éreintement du piano par le Dr SÉGUIN, un savant médecin d'origine française, mort, en 1880, aux Etats-Unis, où ses idées originales en matière d'éducation et la part qu'il avait prise au mouvement pédagogique l'avaient rendu extrêmement populaire :

« .... Merveilleux instrument sous les doigts d'un artiste, le piano a entraîné des milliers d'enfants à gaspiller leur temps et leur énergie, à faire peur aux oiseaux et à chasser les hommes de la maison. Il fait perdre chaque jour des millions d'heures dans un solitaire exercice automatique des oreilles et de la main; trahison à l'égard de la voix et des poumons. Cette somptueuse boîte est propre à engendrer *la tuberculose pulmonaire dans les salons obscurs.* »

La tuberculose pulmonaire!!! *Che va... au piano, no va sano!*

Nous sommes heureux de voir le *Figaro* apprécier comme il convient l'œuvre éducatrice si admirable de Séguin, dont le nom est à peu près inconnu, malgré tous nos efforts, dans le monde universitaire et encore trop peu connu parmi les médecins. B.

Instruction pour les familles d'écoliers atteints de maladies épidémiques et contagieuses.

Le Ministre de l'Instruction publique vient de prier les préfets de donner la plus grande publicité à l'instruction ci-dessus adoptée après avis du Comité consultatif d'Hygiène publique, et destinée aux familles des écoliers atteints de maladies épidémiques et contagieuses.

Instructions à remettre par les instituteurs aux familles des écoliers atteints de maladies épidémiques et contagieuses.

I. — Pendant la maladie.

Dès qu'une maladie contagieuse se montre dans une famille, il faut immédiatement faire appeler un médecin, parce que toutes ces maladies peuvent être graves et doivent être soignées. C'est aussi parce que le médecin, en veillant à ce que la présente instruction soit suivie, et en prescrivant les mesures complémentaires qu'il jugera utiles pour chaque maladie en particulier, pourra éviter la propagation de la maladie dans la famille du malade et dans la commune. On ne doit jamais avoir peur des maladies épidémiques ou contagieuses, car on peut sûrement empêcher leur développement en détruisant les germes qui les produisent. Ces germes sont des corps très petits qui peuvent se loger partout : dans les fentes du plancher ou du carrelage, sur les murs, dans les rideaux et les tapis, dans le linge et les vêtements, dans l'eau et dans les aliments, etc. Les mesures indiquées ci-après ont pour but d'empêcher les germes de s'accumuler et de les détruire partout où ils peuvent se rencontrer.

Chambre du malade. — La chambre du malade doit être tenue très propre, bien aérée et convenablement chauffée, selon la saison et selon l'ordonnance du médecin. La chambre du malade doit renfermer aussi peu de meubles que possible, pas de tapis ni de rideaux. Il est préférable que le lit soit au milieu de la pièce et jamais dans une alcôve. Autant que possible, le malade sera placé dans une chambre où il soit tout seul avec la personne qui le soigne et qui doit n'avoir avec les autres personnes de la famille ou de la maison que les relations indispensables. L'entrée de la chambre sera particulièrement interdite aux autres enfants.

Il ne doit y avoir dans la chambre aucune provision de lait ou d'aliments quelconques, aucune boisson ou tisane, à moins que ce ne soit dans des récipients bien clos. Il vaut mieux même que les aliments ou boissons ne soient apportés dans la chambre du malade qu'au fur et à mesure des besoins, et ce qui n'est pas immédiatement consommé doit être, après que le malade y a touché, brûlé ou jeté dans un vase uniquement affecté à cet usage. Il est très utile de placer auprès du malade un bol contenant un peu d'eau dans lequel il crachera. Il y a grand intérêt, en effet, à maintenir humides les crachats qui, étant secs, se répandent dans l'air sous forme de poussière et peuvent ainsi propager la maladie. Le contenu du bol doit être jeté dans le vase spécial, après la visite du médecin.

Pendant toute la durée de la maladie, on tient toutes les pièces d'habitation très propres, on les aère par l'ouverture des fenêtres pour laisser entrer l'air et le soleil le plus longtemps possible tous les jours.

Nettoyage de la chambre. — Pour nettoyer la chambre, il ne faut pas la balayer, de crainte d'agiter les poussières qui peuvent contenir des germes et transmettre la maladie aux autres personnes de la famille, de la maison ou des maisons voisines : il faut, au contraire, soit répandre d'abord sur le sol de la chambre de la sciure de bois humide, soit l'essuyer avec un linge légèrement humide. On doit ensuite laisser séjourner pendant une heure dans l'eau bouillante et rincer ce linge, puis brûler les balayures dans le foyer. S'il n'y a pas de feu allumé, ces balayures seront mises dans le vase spécial, dont il a été parlé au paragraphe précédent.

Désinfection des effets, vêtements, draps, etc. — Aucun des effets, linge de corps, vêtements, draps, qui ont servi au malade, ne doit être secoué par la fenêtre; on les mettra dans une boite, un panier ou un sac jusqu'à ce qu'il soit procédé à leur désinfection.

L'on préviendra de suite le service municipal de désinfection.

Les demandes de désinfection sont reçues verbalement, par écrit, par télégramme ou par téléphone, aux étuves municipales, rue des Récollets, 6. Ce service se charge de prendre à domicile, pendant toute la durée de la maladie, les effets, vêtements, draps, literie, etc., salis par le malade et les personnes qui le soignent ; ces objets sont reportés aussitôt après désinfection. Des sacs sont laissés à domicile pour recueillir les objets qui doivent être envoyés aux étuves municipales avant d'être portés au blanchissage.

Désinfection des déjections. — Aucune des déjections du malade, urine, matières fécales, crachats, vomissements, ne doit être répandue sur les fumiers ou dans les cours d'eau, ni jetée sur le sol. Ces déjections, comme les résidus du balayage, comme l'eau du lavage à l'eau bouillante des effets et des vêtements, doivent être transportés dans le vase spécial, qui doit être toujours rempli à moitié au moins d'une solution de sulfate de cuivre (50 grammes du sulfate de cuivre par litre d'eau). Ce vase doit être vidé dans les cabinets d'aisances ou dans un trou en terre, à demi rempli de chaux vive et creusé à une grande distance des puits et cours d'eau. Le vase est lavé, sur place même, avec la solution de sulfate de cuivre avant d'être reporté dans la chambre du malade.

Personnes qui soignent les malades. — Les personnes qui soignent un malade ne doivent ni manger ni boire dans sa chambre. Elles ne doivent jamais quitter cette chambre sans s'être lavé très soigneusement les mains au savon. L'eau qui aura servi au lavage des mains est versée dans le vase spécial et celui-ci est ensuite vidé dans les cabinets d'aisances.

Eau de boisson. — L'eau servant à boire, à cuire les aliments et à prendre les soins de propreté pour le malade doit être bouillie. Tous les membres de la famille doivent aussi faire usage d'eau bouillie, pendant le temps de la maladie ou de l'épidémie.

II. — Après la maladie.

Désinfection après la maladie. — A la fin de la maladie, tous les objets qui garnissent la chambre du malade doivent y être laissés jusqu'après la désinfection, qui doit être faite le plus tôt possible pour tous ces objets sans exception, qu'ils aient ou non servi au malade. Instructions spéciales pour Paris :

« Si la famille n'avait pas encore prévenu le service municipal de désinfection, elle devrait le faire.

« Un certificat de désinfection sera délivré par le service pour être remis au médecin-inspecteur qui seul peut autoriser la rentrée de l'enfant à l'école. »

Instructions pour les communes dans lesquelles il n'y a pas de service spécial de désinfection (s'il existe un service de ce genre dans la commune ou à proximité, il devra toujours être fait appel à ce service qui sera seul chargé de la désinfection) : « Pour les effets, linge de corps, vêtements, draps, couvertures, etc., on procède à la désinfection comme il est dit plus haut. Pour les meubles, traversins, oreillers, etc., on en découd l'enveloppe qu'on lave à l'eau bouillante comme il est dit plus haut pour les draps; le contenu (laine, crin, varech, plume, paille, etc.), est, soit brûlé, soit lavé, tout au moins, de la même façon. Pour désinfecter la chambre, on lave les murs, le plafond, et surtout le sol (plancher, carrelage ou terre battue) avec une solution d'acide phénique à 5 gr. pour 100 gr. d'eau, ou avec une solution de sublimé à 1 gr. pour 1000 additionnée de 2 gr. de sel marin pour un litre d'eau, ou avec une solution de crésyl à 5 gr. pour 1000 gr. d'eau. Le sol est ensuite épongé et essuyé avec soin. Si les murs sont blanchis à la chaux, on devra toujours procéder à un nouveau blanchissage de la surface. Il pourra être pris, sur l'avis du médecin, d'autres mesures de désinfection suivant le cas. »

Mesures à prendre par le malade avant sa sortie. — Le médecin indique quand le malade doit être lavé et quand il doit sortir (mais la sortie ne doit jamais avoir lieu qu'après un bain ou un lavage à l'eau de savon).

Le médecin dit aussi quand l'enfant peut jouer avec ses camarades et retourner à l'école.

Exclusion de l'école. — La rentrée en classe ne peut s'effectuer que quarante jours après le début de la maladie pour la variole, la scarlatine et la diphtérie et seize jours seulement pour la rougeole. Dans l'intérêt même des enfants, l'instituteur a le devoir de renvoyer dans sa famille tout enfant chez lequel il peut craindre l'apparition d'une affection contagieuse. Tout le monde a intérêt à prendre chez soi les précautions nécessaires pour empêcher que la maladie se transmette aux autres membres de la famille et aux voisins. Tout le monde a intérêt à ce que son voisin prenne des précautions chez lui quand il a un malade atteint d'une maladie contagieuse.

La présente instruction est applicable à toutes les affections épidémiques et contagieuses des adultes (choléra, fièvre typhoïde, diphtérie (croup, angine couenneuse), scarlatine, rougeole, suette, typhus, dysenterie épidémique, phtisie).

Les variétés de l'Alcoolisme.

On réunit volontiers dans une commune réprobation, sous le terme générique d'alcooliques, les ivrognes plus ou moins invétérés.

Cependant, il y a des nuances nombreuses. M. L. Capitan, en étudiant les effets de l'alcool sur l'organisme, les a mises en évidence dans la *Revue mensuelle de l'Ecole d'Anthropologie de Paris*. La dose nécessaire d'alcool pour produire l'intoxication est extrêmement variable. Certains sujets sont grisés par un simple verre de champagne et d'autres peuvent impunément avaler, coup sur coup, quinze litres de vin ou un litre d'eau-de-vie. L'accoutumance joue également son rôle important dans l'espèce, ainsi que la durée de l'intoxication.

Une Crémation au Cambodge.

La cour du Cambodge, lisons-nous dans le *Courrier de Saïgon*, est en ce moment à Oudon, ancienne capitale du royaume, lieu de résidence de la Vorea-Chini, reine-mère, morte dans son palais il y a quelques mois. On prépare à Phnompeuh, au centre du terre-plein attenant au palais, d'immenses échafaudages en bois pour les fêtes de la crémation, qui dureront environ trois semaines.

Le corps de la reine-mère restera exposé, dans l'urne cinéraire dans laquelle il doit être brûlé, jusqu'au jour où il plaira au roi de venir en personne mettre le feu au bûcher. Le *corps divin* de la chaste mère du roi Norodom (Prea rach Vorea-Chini) a été placé dans une jarre faite de la plus fine porcelaine de Canton. Pendant trois mois, cette jarre gardée au centre d'un monument par une armée de bonzes, était disposée de façon à permettre au cadavre de se décharner lentement. La jarre, ouverte à sa partie supérieure, était terminée par une cheminée en bois, haute de 5 à 6 mètres, dans le but de laisser les émanations se répandre dans les airs. La partie inférieure de ce cercueil improvisé ressemblait à une écumoire, au travers de laquelle les liquides cadavériques s'écoulaient lentement ; tandis que la décomposition achevait son œuvre, ces liquides, précieusement recueillis par les bonzes, étaient, tous les matins, incinérés dans la principale pagode des environs.

Dès son arrivée à Phnompeuh, le corps momifié de la *chaste mère du roi* sera extrait de son cercueil de pierre et porté en triomphe sur les bords du fleuve pour y être lavé soigneusement, selon le cérémonial séculaire, suivi ponctuellement par le pape des bonzes, chef religieux de tout le pays. Quand la cérémonie sera terminée, les cendres royales seront mises dans une urne en or, à la confection de laquelle les bijoutiers du palais travaillent nuit et jour, depuis plusieurs semaines. Une seconde translation triomphale aura pour objet le dépôt de ces précieux restes, sous une pierre scellée, sur le penchant de la colline où dorment, depuis des siècles, les rois du Cambodge disparus. (*Le Petit Var*, 30 mai).

NÉCROLOGIE.

M. le Pr PAJOT (de Paris).

Le Pr Pajot vient de mourir ; il était né à Paris le 18 décembre 1816. Sa thèse de doctorat sur les acéphalocystes du foie date du 21 août 1842. Nommé agrégé le 8 juin 1853, il devint professeur d'accouchement à la Faculté de Paris en décembre 1863. Il garda la chaire de théorie pendant 20 ans, et remplaça Depaul à la clinique de la rue d'Assas en 1883. Le 27 décembre 1886, atteint par la limite d'âge, il devenait professeur honoraire.

Ses principales publications sont d'abord : le second fascicule du *Traité d'accouchements*, commencé par Paul Dubois, et qui malheureusement n'a jamais été achevé : ensuite, une série d'articles de vulgarisation, parmi lesquels les *éléments de pratique obstétricale* sont connus de tous les praticiens ; citons encore quelques-uns des mémoires qu'il a réunis dans son livre : « *Travaux d'Obstétrique et de Gynécologie* » : *Des causes d'erreur dans le diagnostic de la grossesse ; des accouchements difficiles par la direction vicieuse des forces : du travail prolongé et de la contracture utérine ; des rétrécissements du bassin ; un cas de rupture utérine guérie ; comment on doit conduire la délivrance ; de l'inutilité des instruments spéciaux pour la provocation de l'accouchement*, etc.

La thèse d'agrégation que Pajot eut à soutenir en 1853 est un ouvrage des plus intéressants par les documents nombreux et variés qu'elle contient ; elle est toujours consultée avec le plus grand profit par ceux qui veulent étudier les *lésions traumatiques que le fœtus peut éprouver pendant l'accouchement*.

La céphalotripsie répétée sans tractions, ou méthode pour accoucher les femmes dans les rétrécissements extrêmes, est une tentative ingénieuse pour restreindre le plus possible les indications de l'opération césarienne si redoutée alors. Qui ne connaît le procédé d'embryotomie, dit *procédé de la ficelle*, que le maître vulgarisa en proclamant très haut que la *serscission* a été décrite, dénommée et appliquée par Philippe Boyer ?

Citons pour la Gynécologie les mémoires sur les *fausses routes vaginales*, *l'étroitesse des orifices utérins dans ses rapports avec la dysménorrhée et la stérilité*, le *catarrhe utéro-vaginal*, la *guérison des déviations utérines par la grossesse*, etc.



M. le Pr Pajot (de Paris).

Mais l'originalité de l'écrivain se montre particulièrement dans les polémiques soulevées à propos de l'*anesthésie obstétricale*, du *forceps à aiguille*, etc. Fidèle à l'instrument de Levret, Pajot le modifie cependant et le rend plus transportable en brisant ses manches, et aussi, dans un autre modèle, en réduisant ses dimensions : et un bon nombre de médecins emploient encore avec succès « *le petit Pajot* » pour les applications au détroit inférieur.

Les leçons du professeur ont laissé un souvenir vivace dans l'esprit de ses nombreux élèves. Tout le monde connaît les formules brèves, précises, qu'il marquait souvent d'un trait d'esprit, voire même d'un jeu de mots, pour graver son enseignement dans la mémoire des auditeurs.

Ce n'est pas tout ; à part des mots éloquents, mais envolés, et des écrits classés dans la littérature scientifique, Pajot laisse après lui des œuvres plus vivantes : un Journal et une Société. Il a été le directeur-fondateur des *Annales de Gynécologie*, et aussi le premier président-fondateur de la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*. D.

FORMULES

Poudre composée pour le traitement des chancres. — M. D. Majocchi.

Iodol	āā 5 grammes.
Calomel	

Mêlez. — Usage externe.

Cette poudre sera appliquée sur le chancre après nettoyage, désinfection et asséchement complet de l'ulcération. Sous l'influence de ce traitement, on obtiendrait une cicatrisation relativement rapide aussi bien du chancre mou que du chancre syphilitique.

NOUVELLES

Natalité a Paris.—Du dimanche 19 juillet au samedi 25 juillet 1896, les naissances ont été au nombre de 1.128, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 443 ; illégitimes, 152, Total, 595. — *Sexe féminin :* légitimes, 382; illégitimes, 151. Total, 533.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 19 juillet au samedi 25 juillet 1896, les décès ont été au nombre de 1.018, savoir: 543 hommes et 475 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 1, T. 2. — Typhus : M 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 5, F. 12, T. 17. — Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 2, F. 6. T. 8. — Diphtérie, Croup : M. 2. F. 4, T. 6. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 115, F. 61, T. 176. — Méningite tuberculeuse : M. 13. F. 13, T. 26. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 14, T. 26. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 4, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 44, T. 64. — Méningite simple : M. 12, F. 15, T. 27. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 13, F. 26, T. 39, — Paralysie, M. 5, F. 5, T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 4, T. 9 — Maladies organiques du cœur : M. 27, F. 31, T. 58. — Bronchite aiguë : M. 2, F. 5, T. 7. — Bronchite chronique: M. 2, F. 10, T. 12. — Broncho-pneumonie : M. 11, F. 10, T. 21. — Pneumonie : M. 9, F. 15, T. 21. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 35, F. 13, T. 48 — Gastro-entérite, biberon : M. 93, F. 63, T. 156 — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 7, T. 12. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 6, F. 8, T. 14. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 5, F. 1, T. 6 — Fièvres et péritonite puerpérales: M. 0, F. 7, T. 7. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 11, F. 10, T. 21. — Sénilité : M. 6, F. 17, T. 23. — Suicides : M. 11, F. 10, T. 21. — Autres morts violentes : M. 10, F. 4, T. 14. — Autres causes de mort : M. 92, F. 47, T. 139. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 4, T. 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 74, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 29, illégitimes, 10. Total : 39. — *Sexe féminin :* légitimes, 20, illégitimes, 15 Total : 35.

Faculté de Médecine de Paris. — Sont nommés Chefs de clinique de la Faculté de Médecine de Paris : MM. les docteurs en médecine dont les noms suivent. Chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, M. le Dr Charrier; chef adjoint, M. le Dr Rénon; chef de clinique à Saint-Antoine, M. le Dr Tissier; chef adjoint, M. le Dr Thiercelin; chef de clinique à Saint-Louis, M. le Dr Gastou; chef adjoint, M. le Dr Emery; chef de clinique aux Enfants-Malades, M. le Dr Renault; chef adjoint, M. le Dr Tuber. — M. le Dr Dieulafoy, professeur de pathologie médicale à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à ladite Faculté.

Ecole de Médecine de Dijon. — Sont institués suppléants pour une période de neuf ans : MM. Ballier (*physique et chimie*), Bonnabeaud (*histoire naturelle*).

Ecole de Médecine de Grenoble. — M. le Dr Berlioz, professeur d'histologie, est nommé, sur sa demande, professeur de bactériologie theorique et pratique (chaire nouvelle). — M. le Dr Douillet, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur d'histologie, en remplacement de M. Berlioz. — Un concours s'ouvrira le 25 janvier 1897, devant la Faculté de Médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de Médecine de Grenoble.

Ecole de Médecine de Poitiers. — M. Guitteau, licencié ès sciences physiques et naturelles, est chargé des fonctions de chef des travaux de physique et de chimie.

Service de Santé militaire. — *Nominations.* — Le médecin inspecteur Emery-Desbrousses qui dirigea le service de santé à Madagascar, est nommé directeur du service de santé en Algérie.

Réserve. — Promotions au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. Allard, Bouyon, Cambours, Claa, Dourisboure, Lacaze, Lamarque, Meugy, Pascault, Pauliet; Raulin et Stourme. — Au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. les Drs Amblard, Bariety, Baudin, Bossard, Cocard, Conte, Debains, Degos, Descouleurs, Dubois, Dufour, Fournial, Gouget, Grezes, Lavat, Lefèvre, de Massary, Mirallie, Moussaron, Olmières, Péron, Perramond, Rivière, Sirieys, Soueix, Spindler, Tatu, Vignau et Viguard-Dupuy de Saint-Florent.

Armée territoriale. — Nominations au grade de médecin principal de 1re classe : MM. Mauriac, Moreau, Porson (de Nantes) et Rivière, M. Lippmann, médecin-major de 1re classe de l'armée active. — Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Dautel, Feuillade et Gelle. — Au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. Abrial, Barincou, Defaucamberge, Duclos, Hameau, Lavaux, Lesguillon, Marty, Meneau, Mordret, Naudin, Nozo, Oddo, Petit, Polguère, Soudée, Suzanne, Tacussel, Thoumas et Tostevint. — Au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. les Drs Abadie et Plessard.

Ecole de Lyon. — Le *Journal officiel* a publié la liste des candidats admissibles à la première partie des épreuves orales pour l'admission à l'école du service de santé de Lyon.

Service de Santé de la Marine. — Promotions au grade de médecin de 1re classe : M. Vallot.

Réserve. — Nominations au grade de médecin de 1re classe : M. le Dr Davril, médecin de 1re classe de la marine en retraite. — Au grade de médecin de 2e classe : M. le Dr Delarue, médecin sanitaire maritime.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés dans l'ordre de la *Légion d'honneur* : *Grand Croix* : M. Berthelot membre de l'Institut, sénateur. — *Officier* : M. le Dr Metchnikoff (de Paris).

Chevaliers : MM. les Drs Gross (de Nancy) ; Livon (de Marseille).

Officiers de l'Instruction publique : M. le Dr Liégeois-Sainville. M. le Dr Marey, professeur au collège de France. MM. les Drs François-Franck. Letulle, Quesneville (de Paris); Alban de la Bares (de Poitiers); Bar (de Lyon); Berthollet (de Grenoble); Forgue, Truc (de Montpellier); F. Hüe (de Rouen); F. Joüon (de Nantes); Nepveu (de Marseille); Piéchaud (de Bordeaux); M. le Dr Gallotte.

Officiers d'Académie. — M. le Dr Stœber; M. le Dr Ricard, agrégé près la Faculté de Médecine de Paris; M. le Dr Balbiani professeur au Collège de France; M. le Dr Ranvier, professeur au Collège de France; MM. les Drs Charrin, Châtellier, Hallion, Abelous, Terson (de Toulouse) ; Alezais (de Marseille); Barthe, Moure, Princeteau (de Bordeaux) ; Bolot (de Besançon); Chevy (de Reims) ; Courmont, Roque (de Lyon) ; Delaunay (de Poitiers); Delotte (de Limoges); Deschamps (de Grenoble); Godinat (de Châteauroux); Lagarde (de Montauban); Lagarde (de Montauban); Laguesse (de Lille); Moulonguet (d'Amiens); Vallois, Vialleton (de Montpellier); Zipfel (de Dijon); M. Desq (préparateur à la Faculté de Médecine de Montpellier).

Monument A. Guérin a Ploermel. — L'inauguration du monument élevé, sur l'initiative de l'Association des Bretons de Paris, au chirurgien Alphonse Guérin aura lieu à Ploermel, le dimanche 13 septembre prochain. Il est dû au ciseau du sculpteur Georges Bareau. L'Académie de Médecine et la Société de Chirurgie seront représentées à la cérémonie.

Fièvre typhoide. — *Epidémie.* — L'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit parmi les sous-officiers du 9e bataillon d'artillerie de forteresse à Belfort vient de faire une nouvelle victime. Le nombre des sous-officiers en traitement s'élève à 20 environ, dont 3 gravement malades.

Le Choléra. — *Egypte.* — Au Caire, le choléra diminue. Il n'y a en Egypte qu'un total de 159 nouveaux cas et 119 décès. Aucun décès ne s'est produit au Caire ni à Alexandrie. Deux soldats de Strattford-Regiment sont morts à Gemai. Port-Saïd, qui était indemne de l'épidémie cholérique, semble menacé, car on a signalé plusieurs cas dans les environs. L'épidémie cholérique, propagée jusqu'au Soudan par le corps expéditionnaire anglo-égyptien, a fait son apparition à l'hôpital militaire de Kosheh, où cinq cas ont été constatés. On annonce au *Daily News* la mort du capitaine Fenwick et du médecin-major trash, qui ont succombé tous les deux à une attaque de choléra, l'un à Firket et l'autre à Kosheh.

Tonkin. — A Haïphong, le choléra sévit toujours avec violence sur les indigènes. Le Huyen d'An-Lao a été emporté ces jours derniers, ainsi que le kin Lich, un membre de la famille royale. A Bac-Ninh, un légionnaire venant de Chopa et un caporal d'infanterie de marine de la garnison sont morts du choléra. A signaler, quelques décès cholériques dans la région du Phu-da-Phuc. On signale également quelques cas de choléra parmi la population indigène de Thai-Nguyen.

Universités étrangères. — *Institut des études supérieures de Florence.* — Sont nommés privadocenten : MM. les Drs R. Silvestrini (*pathologie médicale*); G. Ferruta (*obstétrique el gynécologie*); C. Agostini (*psychiatrie*). — *New Yorck Polyclinic* — M. le Dr W. Van Valzah est nommé professeur de pathologie générale. M. le Dr J. Douglas Nisbet est nommé professeur adjoint de pathologie générale. — *Philadelphia Polyclinic.* — M. le Dr J. Daland est nommé professeur des maladies de la poitrine.

Clinique nationale Opthalmologique. — Un concours est ouvert pour l'admissibilité à deux emplois de chefs de clinique à la Clinique nationale ophtalmologique de l'Hospice national des Quinze-Vingts. La première séance aura lieu dans une des salles

de la clinique, le vendredi matin, 7 août 1896, à 9 heures. Pièces à produire : 1° Acte de naissance; 2° Diplôme de docteur en le titre officiel d'aide de clinique des Quinze-Vingts; 3° Titres et travaux scientifiques; 4° Certificat de bonne vie et mœurs. MM. les candidats sont priés de s'inscrire tous les jours non fériés, de 1 heure à 4 heures au Secrétariat de l'hospice, rue de Charenton, 28, où il leur sera donné tous les renseignements nécessaires sur les obligations qui leur seront imposées et sur les avantages qui leur sont réservés. Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au 31 juillet 1896.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS. — *Prix proposés par la Société de Chirurgie de Paris pour l'année* 1897. Prix GERDY. Question : *Des névrites périphériques au point de vue chirurgical.* Prix DEMARQUAY. Question : *De l'intervention chirurgicale dans les gangrènes pulmonaires.*

CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE DE 1896. — Le Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique se tiendra cette année à Genève, du 31 août au 5 septembre.

MONUMENT ARCHEREAU, PHYSICIEN, EN VENDÉE — L'inauguration du Monument élevé dans son pays natal, à Archereau, physicien, inventeur des agglomérés de houille et promoteur de l'éclairage électrique, sur l'initiative de M. Marcel Baudouin, aura lieu le 27 septembre prochain, à Saint-Hilaire-de-Vouhis (Vendée).

ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS. — *Concours pour l'emploi de médecin-adjoint au Dispensaire de salubrité de Paris.* — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Lebon, Gresset, Tournier, de la Nièce et Bernard.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de Chirurgie.* — Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. RIEFFEL et VILLEMIN.

HÔTEL-DIEU D'ORLÉANS. — *Concours pour l'Internat.* — Le mardi 15 décembre prochain, à 2 heures et demie, pour 2 places d'Interne titulaire et 3 places d'Interne provisoire. L'unique épreuve de ce concours consiste en une composition écrite sur deux sujets tirés au sort une question d'anatomie courante et une question classique de pathologie interne ou externe. (Questions ordinaires du concours d'externat des hôpitaux de Paris). Deux heures sont accordées pour cette composition. L'entrée en fonctions aura lieu le 1er janvier prochain. Les internes titulaires reçoivent, outre le logement, la nourriture, le chauffage et l'éclairage, une somme annuelle de 400 francs (et des gratifications quand il y a lieu). Les internes provisoires sont appelés à suppléer les titulaires malades ou en congé, et à remplacer ceux qui viendraient à faire défaut avant le 1er janvier de l'année suivante. Ils reçoivent les mêmes avantages que les internes titulaires pendant qu'ils en remplissent les fonctions. Les internes titulaires sont nommés pour deux ans, les internes provisoires sont nommés pour un an, mais peuvent se présenter aux concours ultérieurs. Sont admis au concours tous les étudiants en médecine ayant au moins une inscription. Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans. *N.-B.* Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections, la médecine opératoire et les accouchements.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr Jules CONVERSET, de Mirebeau (Côte-d'Or), décédé à l'âge de 35 ans, le 17 juillet, après une courte maladie occasionnée par le surmenage professionnel.

Chronique des Hôpitaux.

LA MATERNITÉ (119, boulevard de Port-Royal, faubourg Saint-Jacques). — M. le Dr Pierre BUDIN, accoucheur en chef. Enseignement clinique, le jeudi à 9 h. 1/2.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. CHAPUT : Consultations pour les *affections chirurgicales de l'abdomen.* Maladies du tube digestif. Maladies des femmes, tous les lundis, à 10 heures. — *Asile-Ecole des enfants idiots, arriérés et nerveux.* M. BOURNEVILLE reçoit les médecins le *samedi*, à 9 h. 1/2.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Auguste VOISIN. Leçons cliniques tous les jeudis, à 10 heures (section Rambuteau), leçon sur les maladies mentales et nerveuses.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.
Paris, 14, rue des Carmes.

HAMON DU FOUGERAY et COUETOUX. — Manuel pratique des méthodes d'enseignement spéciales aux enfants anormaux, sourds-muets, aveugles, idiots, bègues, etc., etc., avec une préface du Dr Bourneville. — Un beau volume in-8 de XVI-304 pages, avec 27 figures et deux cartes. — Prix : 5 francs. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr. 50

JOFFROY (A.). — Des hallucinations unilatérales. Brochure in 8 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 50. — Pour nos abonnés. 0 fr. 35.

SÉRIEUX (P.). — L'Internat des Asiles d'aliénés de la Seine. Brochure in-8 de 21 pages. — Prix : 0 fr. 75. — Pour nos abonnés. . . . . 0 fr. 50.

SOUKHANOFF (S.). — Contribution à l'étude des changements du système nerveux central dans la polynévrite. Brochure in-8 de 14 pages. — Prix : 0 50. — Pour nos abonnés. . . 0 fr. 35.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils,
19, rue Hautefeuille.

NICOLAS (J.). — Pouvoir bactéricide du sérum antidiphtérique. Brochure in-8 de 79 pages. Prix. . . . . 2 fr. 50.

PAVIOT (J.). — Le rein des saturnins (étude anatomo-pathologique et expérimentale). Brochure in-8 de 79 pages, avec 1 planche. Prix . . . . 2 fr. 50.

Librairie A. COCCOZ,
11, rue de l'Ancienne-Comédie.

NARICH (B.). — Avantages du tracteur du siège et dangers du lac usuel. Brochure in-8 de 15 pages, avec 3 figures.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES,
4, rue Antoine-Dubois.

CHIAIS (F.). — Les eaux d'Evian dans l'arthritisme, la neurasthénie et la goutte. Brochure in-8 de 44 pages.

MONIN. — Hygiène et traitement curatif des maladies vénériennes. Volume in-18 de VII-117 pages. — Prix. . . . 4 fr.

Librairie G. MASSON,
120, boulevard Saint-Germain.

GRASSET (J.). — Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier (novembre 1890-juillet 1895), 2e série. Volume in-8 de 787 pages, avec 10 planches hors texte. — Prix. . . . . 12 fr.

RAFFALOVICH (M.-A). — Uranisme et unisexualité. Volume in-8 relié de 363 pages. — Prix. . . . . 8 fr.

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRES MÉDICAL*

RECHERCHES CLINIQUES & THÉRAPEUTIQUES

SUR

l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie

Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'**année 1895;**

Par BOURNEVILLE

Avec la collaboration de MM. BONCOURT, COMTE, DARDEL, DUBARRY, LERICHE, LOMBARD, J. NOIR, PILLIET, RUBL, SOLLIER et TISSIER, internes ou anciens internes du service.

Tome XIV. Un beau volume in-8° de LXXI-254 pages, avec 31 figures et 8 planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Le Rédacteur-Gérant: BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCCr), RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IV. N° 32. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 8 AOUT 1896.

Le Progrès Médical

HYGIÈNE

—

Faculté de Médecine. — Cours d'Hygiène.

M. PROUST, professeur.

—

Du régime alimentaire du goutteux.

Messieurs,

L'étude du régime alimentaire du goutteux ou du candidat à la goutte doit être précédée de l'étude de l'alimentation normale. Bien que nous ayons déjà traité cette question dans le cours de l'année précédente, nous croyons cependant devoir y revenir en quelques mots et donner quelques indications sur la composition des principaux aliments, sur leur richesse moyenne en albumine, en hydrate de carbone et en graisse. Voyons tout d'abord leur valeur en substances albuminoïdes.

Viande. — La viande de bœuf crue, moyennement maigre, en contient environ 1/5 de son poids : la viande de bœuf très grasse, à peine 1/6; le rôti de bœuf et le bœuf bouilli environ 1/3.

Oiseaux. — Le poulet renferme 1/5 de son poids de substances albuminoïdes ; le pigeon, le canard, les petits oiseaux plus de 1/5.

Poissons. — Les poissons maigres (brochet, barbue, carpe) sont presque aussi riche que la viande de bœuf crue en substances albuminoïdes (1/5) ; les poissons gras, au contraire (anguille, saumon, maquereau), qui sont plus riches en graisse, sont plus pauvres en substances albuminoïdes.

D'une façon générale, les *viandes de conserve* sont beaucoup plus riches en substances albuminoïdes que les viandes fraîches. Le jambon fumé en renferme environ 1/4 de son poids. C'est aussi la richesse des *œufs*.

Pour le *lait* et le *laitage*, nous trouvons :

Lait	1/30 de son poids.
Fromage blanc	1/6 —
Fromage gras	1/4 —
Fromage maigre	1/3 —

Les *légumes* sont en général peu riches en matières albuminoïdes, les haricots, les pois et les lentilles font cependant exception, comme le montrent les chiffres suivants :

Haricots, Lentilles	1/4 du poids.
Pois	1/5 —
Riz	1/12 —
Pain	1/13 —
Macaroni	1/11 —
Pommes de terre	1/60 —
Carottes	1/100 —
Laitue	1/70 —
Choux	1/50 —
Navets, Asperges	1/50 —
Epinards, Haricots verts	1/30 —

La richesse des aliments en hydrate de carbone, c'est-à-dire en *amidon, fécule* et *sucre*, est également très variable. Disons tout d'abord que les viandes de boucherie, les volailles, les poissons n'en renferment pas. Le tableau suivant indique la teneur en hydrate de carbone des légumes, des graines ou de leurs dérivés et des fruits :

Pain, Haricots, Lentilles, Pois	environ 1/2 de leur poids.
Macaroni	environ 4/5 de son poids.
Riz	3/4 —
Pommes de terre	1/5 —
Carottes	1/11 —
Navets	1/10 —
Haricots verts	1/14 —
Chou	1/20 —
Laitue, Epinards, Asperges	environ 1/30 de leur poids.
Pommes, Poires, Cerises	environ 1/8 de leur poids.
Prunes	environ 1/12 de son poids.
Groseilles	— 1/14 —

Quant à la valeur *en graisse*, elle est de 1/20 pour la viande de bœuf maigre, de 1/3 pour la viande grasse: le rôti et le bouilli de bœuf en contiennent environ 1/12, le jambon 1/3. La cervelle 1/10, la langue 1/6 sont très riches en graisse. Il en est de même de certains poissons, l'anguille de rivière, par exemple, qui en renferme près de 1/3. Le saumon, le maquereau, autres poissons gras, en renferment beaucoup moins (1/10 à 1/15). L'œuf (un œuf de poule pèse 25 grammes) donne 1/10 de son poids de graisse. Le beurre et le lard sont les deux sources de graisse les plus riches, surtout le beurre qui en contient les 4/5 de son poids ; le lard en contient la moitié.

Pour établir le régime normal d'un homme adulte, il faut encore savoir que :

1° 1 gramme de substances albuminoïdes correspond à 4,3 calories.

2° 1 gramme d'hydrate de carbone également à 4,3 calories ;

3° 1 gramme de graisse à 9,4 calories ;

Et se rappeler que cet homme dépense chaque jour 2,500 à 3,000 calories qu'il doit trouver dans son alimentation.

Un régime qui ne peut fournir 2.500 calories est insuffisant; au-dessus de 3 000, il est excessif.

La ration alimentaire n'en reste pas moins très difficile à établir.

En effet, lorsqu'on commence par déterminer le bilan des substances azotées de l'albumine, on se trouve ensuite fort embarrassé pour fixer la quantité des hydrates de carbone, parce que presque tous les aliments qui renferment de l'amidon ou de la fécule renferment également de l'albumine végétale.

Il est préférable de déterminer d'abord la quantité d'hydrate de carbone, c'est-à-dire la somme d'aliments d'origine végétale que l'on veut employer. On complète ensuite la ration d'albumine avec des aliments de provenance animale.

Il n'est pas d'ailleurs indispensable de conserver strictement chaque jour la formule adoptée. Il suffit que la moyenne de l'alimentation pendant une série de 4 à 5 jours corresponde à cette formule, à la condition toutefois que les écarts journaliers ne soient pas trop considérables.

On arrive ainsi, pour l'homme adulte, à une ration normale, dite ration d'entretien, qui doit être représentée à peu près par 100 gr. d'albumine, 45 gr. de graisse et 400 grammes d'hydrate de carbone. Cette ration d'entretien peut être fournie par les aliments suivants : 500 gr. de pain qui renferment 250 gr. d'hydrate de carbone et 30 gr. d'albumine ; 400 centimètres cubes de lait, qui renferment

20 à 25 gr. d'hydrate de carbone et 20 gr. d'albumine; 300 gr. de pommes de terre, qui renferment 60 gr. d'hydrate de carbone et 4 gr. d'albumine; 400 gr. de carottes, navets, fruits, légumes verts qui renferment 15 à 20 gr. d'hydrate de carbone et 250 gr. de viande de boucherie maigre qui contienne 50 gr. d'albumine, auxquels il faut ajouter les hydrates de carbone du dessert et le sucre pris en nature. La quantité d'albumine est un peu au-dessous de 100 gr., mais l'albumine végétal est moins bien utilisé que l'albumine d'origine animale.

Cette ration d'entretien que l'on peut, du reste, varier à l'infini, serait insuffisante pour un homme qui se livrerait à un travail musculaire considérable; elle est excessive pour les femmes, les enfants et les vieillards. Les gens riches, surtout les habitants des villes, mangent beaucoup moins de légumes et beaucoup plus de viande et de graisse. Aussi. pour les ramener à la normale, faut-il modifier notablement leur régime.

Le candidat à la goutte et le goutteux, surtout s'ils ont tendance à l'obésité, devront rester au-dessous de la ration normale. Ils devront amener ou ramener leur poids autant que possible au poids normal. Lorsqu'ils y seront parvenus, ils chercheront à s'y maintenir. Les jeunes gens et les hommes encore jeunes devront conserver la force physique qui convient à leur âge, et avoir la conscience naturelle de leur vigueur et de leur bonne santé. Tout système d'alimentation qui ne leur laisse pas cette vigueur intacte et qui les constituerait dans un état d'infériorité flagrante à l'égard des personnes de leur âge devrait être condamné ou tout au moins revisé.

Il ne suffit pas que les goutteux tiennent compte pour leur régime des chiffres absolus et des proportions précédemment donnés ; ils doivent aussi exclure certains aliments et certaines boissons et n'user de quelques autres qu'avec une sage réserve.

De plus, il ne faut pas oublier qu'il y a des susceptibilités individuelles dont il faut tenir grand compte, et que tel aliment qui est parfaitement toleré par un goutteux peut provoquer un accès chez un autre. Néanmoins on peut résumer dans le tableau suivant les aliments interdits, ceux dont il ne faut user que d'une façon très modérée et ceux qui sont permis.

I. — *Aliments interdits.*

Aliments solides :

Mets fortement épicés, salaisons. Mets faisandés, fromages forts. Ecrevisses, homards, coquillages. Charcuterie, sauf le jambon. Poissons d'une fraîcheur douteuse. Champignons, truffes. Tomates, oseille, rhubarbe. Condiments de diverses natures : cornichons, pickles, piment, etc. Sucreries : dragées, petits fours.

Boissons :

Bière forte. Cidre doux. Porto, Xérès, Bourgogne, vins aigrelets. Boissons riches en essences : absinthe, vermouth, amers, chartreuse et liqueurs similaires.

II. — *Aliments dont il ne faut user que d'une façon très modérée.*

Aliments solides :

Gibier noir. Poisson de mer, huîtres. Sucre, pâtisserie. Fruits acides : groseilles, framboises, fraises, pommes, poires. Asperges.

Boissons :

Vins rouges de Bordeaux, vins de la Moselle, du Rhin, de Champagne. Rhum, cognac (sous forme de grogs légers). Thé et café forts.

III. — *Aliments permis.*

Aliments solides :

Pain. Viande de boucherie. Foie frais. Jambon modérément salé. Œufs sous toutes les formes. Lait, laitages non acides. Fromage blanc, fromages peu odorants. Pois, haricots, lentilles, riz. Salsifies, scorsonères, crosnes. Oignons. Carottes, navets, betteraves. Artichauts. Melon, potiron. Pommes de terre (de préférence en purée, étuvées, ou cuites à l'eau). Tapioca, sagou, arow-root. Macaroni, nouilles, vermicelle et pâtes italiennes. Légumes verts de tout ordre à l'exception des légumes acides (tomates, oseille, etc.). Salades modérément vinaigrées. Pêches, raisins, fruits et amandes. Poires, pommes en quantité modérée (sans être pelées de préférence).

Boissons :

Eau ordinaire. Eaux de table indifférentes, peu gazeuses, légèrement alcalines. Eaux indifférentes (Evian, Alet, Contrexéville, Martigny, Vittel). Eaux alcalines (Vichy, Vals), de temps en temps vin blanc (Bordeaux) largement coupé d'eau. Vin de la Moselle. Cidre bien fermenté, coupé d'eau. Thé léger grogs légers de temps en temps.

Enfin la cuisine des goutteux sera fort simple. Ils donneront la préférence aux viandes grillées et rôties. Ils ne dineront en ville que le moins possible.

OBSTÉTRIQUE

Statistique obstétricale à la campagne. — Observation d'un accouchement compliqué d'emphysème sous-cutané;

par le Dr BOUTEILLIER.

Dans la séance du 2 juin dernier a eu lieu, à l'Académie de Médecine, une discussion sur l'emphysème sous-cutané de la base du cou, produit par l'accouchement, à laquelle ont pris part MM. Nicaise, Pinard et Guéniot. Ayant observé un cas de ce genre, nous croyons bon de le rapporter ici. Et, tout d'abord, j'en profiterai pour résumer une pratique obstétricale de 28 années à la campagne, dans le département de l'Orne.

Sur 600 accouchements, j'ai observé seulement trois présentations du siège, une présentation des pieds, trois présentations de l'épaule. Toutes les autres étaient des présentations du sommet, qui ont nécessité nombre d'application de forceps. Je n'ai jamais constaté de rétrécissement appréciable du bassin, preuve de la bonne conformation des femmes de la région. Six grossesses ont été *gémellaires*. J'ai observé un cas compliqué d'un *kyste de l'ovaire* que j'ai dû ponctionner pour permettre à la grossesse de suivre son cours. Cinq mois après l'accouchement, mon excellent maitre et ami, le Dr Léon Labbé pratiqua avec succès l'ovariotomie. L'observation de cette malade a été publiée dans le *Progrès médical* (1). Enfin je me suis trouvé en présence d'un cas compliqué d'*emphysème sous-cutané*, dont voici l'observation !

Madame X... au Mesnil-Rousset (Eure), primipare, est prise après une grossesse normale, dans une nuit, des douleurs de l'enfantement. On vient me chercher dans la matinée, et j'y passe toute une journée pendant laquelle la dilatation se fait lentement. Présentation du sommet occipito-iliaque postérieure gauche.

J'étais à dîner le soir chez un voisin, lorsqu'on vint me demander en disant que les douleurs avaient changé. En effet, la malade commençait à pousser, et je restai auprès d'elle. Les douleurs allaient en augmentant, et la tête commençait à s'engager. Il était 6 heures du soir. A partir de ce moment, les douleurs expulsives revinrent régulièrement toutes les deux à trois minutes et ne tardèrent pas à devenir très fortes. Au bout d'une heure environ se manifesta un gonflement de la partie inférieure du cou. Il me fut facile de constater la présence de l'air sous la peau. A chaque nouvelle douleur; le gonflement augmenta, gagna la face jusqu'aux paupières d'un côté, les parois de la poitrine jusqu'aux seins de l'autre, de telle sorte qu'au bout d'une demi-heure, voyant que la parturiente était menacée d'asphyxie, je dûs intervenir et faire une application de forceps

(1) *Progrès médical*, 15 octobre 1887.

au détroit inférieur. La femme fut soulagée aussitôt après l'accouchement. l'emphysème ne tarda pas à diminuer et deux jours après il en restait à peine des traces.

Cette femme d'une bonne santé antérieure n'avait présenté aucun symptôme d'affection du larynx ou de la trachée. Les cris poussés pendant la période d'expulsion étaient étouffés. Mon observation serait donc en faveur de l'opinion de M. Guéniot.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Congrès de Médecine Mentale et de Neurologie à Nancy.

Le Congrès de Médecine mentale et de Neurologie s'est ouvert le 1er août, à Nancy, dans une galerie de la salle Poirel. M. le préfet de Meurthe-et-Moselle, président, assisté de M. le Dr Pitres (de Bordeaux) et de M. Vernet (de Maréville), secrétaire général. Après le discours de bienvenue de M. le préfet de Nancy, M. le président, le Dr Pitres, a prononcé l'allocution d'usage et insisté sur l'alliance de la Médecine mentale et de la Neurologie, pour répondre à certaine tentative que nous avons rappelée dans notre dernier numéro (1).

Nous reproduisons le texte complet de ce discours, aussi remarquable par le fond que par la forme. M. Pitres a fait un exposé complet des raisons de tous genres qui militent en faveur de l'union des aliénistes et des neurologistes. L'accueil fait à ce discours indiquait, en quelque sorte, que la question était tranchée. Nous ne pouvons que nous en féliciter dans l'intérêt des médecins qui étudient l'une ou l'autre des deux grandes sections des *maladies du système nerveux*. Nous nous en félicitons également au point de vue de la Science et de l'avenir du Congrès.

Dans des réunions particulières, les aliénistes de carrière ont résolu de provoquer tous les ans, au cours des Congrès annuels, une réunion dans laquelle ils discuteraient les questions professionnelles, qui les concernent plus spécialement. Ils ont décidé aussi que tous les aliénistes qui assisteraient à cette réunion devront s'engager à faire acte d'adhésion au Congrès. C'est là une bonne résolution.

Dans l'après-midi, à l'Institut anatomique, on a nommé Présidents d'honneur : M. le ministre de l'Intérieur, M. le directeur de l'Assistance publique à ce ministère, M. le préfet de Nancy, M. le doyen de la Faculté de Nancy, M. le Pr Bernheim (de Nancy), M. le Dr Mendelsohn (de Saint-Pétersbourg) et M. le Dr Ladame (de Genève).

Au cours de la séance on a lu une dépêche des aliénistes de Moscou félicitant leurs collègues français.

L'Assistance chirurgicale instantanée à Paris.

On sait que, pendant les mois de juin et de juillet derniers, une Commission mixte, de laquelle faisait partie M. le Pr Terrier, a tenu, à l'Hôtel de Ville, de nombreuses séances pour étudier et discuter les projets d'organisation du Service de Prompts Secours, que nous avons présentés au Conseil municipal de Paris. Nos propositions ont été acceptées et en particulier celle qui a trait à l'utilisation des réseaux d'avertisseurs d'incendie pour le service des avertisseurs d'accidents, malgré l'opposition catégorique, mais occulte, de l'Administration et du Département du Feu, dépendance de la Préfecture de Police.

Mais, voilà qui est plus joli et qui nous promet de beaux jours à la prochaine session du Conseil municipal ou de la Chambre des Députés ! Le Ministre de la Guerre, consulté sur ce point, on ne sait pourquoi, a répondu qu'il entendait ne pas laisser entre les mains des chirurgiens de Prompts Secours son réseau d'avertisseurs d'incendie! Le général de Chambre-et-Meuse, consulté à ce sujet, répondit en effet simplement: « Les pompiers sont à moi et leurs avertisseurs aussi ! »

On eut beau lui expliquer que les pompiers lui resteraient toujours : le général ne voulut pas en démordre et resta sourd comme une bûche — on fait ce qu'on peut — aux prières de l'Administration municipale. Les malades étaient donc menacés de continuer à mourir sur la voie publique, par ordre du général Billot; et, s'ils résistaient..., le Ministre les enverrait sans doute dans un bataillon d'Afrique.

Ce qui a amené M. Humbert, député, a écrire, dans l'*Eclair* du 27 juillet dernier, l'entrefilet ci-dessous :

« Si le Ramollisme était banni du reste de la terre, c'est dans les cadres supérieurs de l'armée française qu'on le retrouverait. Notre confrère *Paris* (26 juillet) fournit de cette vérité une preuve éclatante. Paris — c'est de la ville que je parle cette fois — est fort mal outillé, au point de vue de l'assistance due aux victimes des accidents de la rue. Il en résulte que, quand un blessé, un malade tombent sur le pavé de la voie publique, on ne sait le plus souvent où le transporter. L'hôpital où on le conduit d'abord est toujours plein : on court à un second; c'est la même chose, et l'on va ainsi la moitié du jour, parfois toute une nuit, du nord au sud et de l'ouest à l'est, à travers la vaste cité, tandis que le malheureux trimballé râle sur sa civière. Le Conseil municipal a résolu — et Dieu sait s'il a bien fait! — de remédier à ce déplorable état de choses. L'affaire était, en somme, assez coûteuse : il fallait de l'argent pour l'installation des postes, les voitures, les chevaux... En vue de diminuer la dépense, on s'était arrêté à l'idée d'utiliser pour les avis téléphoniques les avertisseurs déjà installés du service d'incendie. C'est alors que le Ministre de la Guerre est intervenu pour interdire l'usage desdits avertisseurs.

Vous vous demandez ce que le Ministre de la Guerre vient faire en cette histoire. C'est très simple : les avertisseurs, étabis et payés par la Ville bien entendu, ont été mis à la disposition du corps des pompiers. Or, par une fiction on ne peut plus regrettable, et dont les conséquences pèsent lourdement sur notre service d'incendie, le régiment des pompiers de Paris — entretenu aux frais de la Ville, cela va sans dire — est assimilé à un régiment de ligne, et, comme tel, appartient au Ministre de la Guerre. Donc, par ricochet, les avertisseurs aussi sont à lui. Et, du moment qu'ils sont à lui, il considère que ce serait porter atteinte aux intérêts de l'armée que de s'en servir pour secourir des malades civils. Notez bien que ces avertisseurs n'ont rien de commun avec la guerre, qu'ils ne lui sont d'aucun service, d'aucun usage possible, que le Ramollot du boulevard Saint-Germain ignorait probablement leur existence avant qu'il fût question de les utiliser dans un but d'assistance publique; que, si cette utilisation supplémentaire, d'ailleurs, pouvait présenter quelque inconvénient, la Ville qui seule les a payés et seule les emploie serait seule aussi à souffrir de l'innovation; que, conséquemment, l'autorité militaire n'a aucune espèce de raison pour s'immiscer en cette affaire.

« N'importe : elle peut empêcher, elle empêche. Tant pis pour les blessés et les malades ! »

On le voit, l'odyssée de notre projet continue. Souhaitons pourtant que, comme la Ville de Paris, pour laquelle il a été créé et mis au monde : *Fluctuat, nec mergitur!* (1)

M. B.

(1) Voir notre numéro de la semaine dernière, p. 71.

(1) Cet article était composé et en pages, quand nous avons

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE.

Session de Nancy.

Séance du samedi 1er août (matin et soir). — Présidence de M. Pitres.

Le samedi 1er août s'est ouvert, à Nancy, le septième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française, présidé par M. le Pr Pitres (de Bordeaux). Après un discours d'ouverture de M. Stéhélin, préfet de Meurthe-et-Moselle, dans lequel le représentant de l'Administration centrale a souhaité la bienvenue aux Congressistes et montré une compétence consommée et une compréhension très nette de l'importance sociale des problèmes scientifiques soulevés par la médecine mentale et nerveuse, M. le Pr Pitres a pris la parole en ces termes :

Messieurs,

Je remercie bien sincèrement M. le Préfet de Meurthe-et-Moselle, des paroles aimables qu'il vient d'adresser au corps médical Ce n'est pas la première fois que nous recueillons dans nos Congrès l'expression de la sympathie des représentants des pouvoirs publics et, chaque fois que cela nous arrive, nous en éprouvons une grande joie. Vivant au milieu des malades, connaissant mieux que personne leurs besoins matériels et moraux, nous avons tout naturellement le grand désir de voir aboutir les réformes qui nous paraissent de nature à adoucir l'amertume de leur situation.

Or, nous savons par expérience qu'aucune modification sérieuse et utile ne peut être apportée à leur sort que par l'accord intime et confiant des administrateurs et des médecins. Aussi sommes-nous toujours heureux de voir les hommes que leurs hautes fonctions appellent à prendre part à la direction des affaires de l'assistance publique, s'intéresser à nos travaux et nous encourager à poursuivre l'œuvre philantropique dans laquelle nous sommes leurs collaborateurs les plus dévoués, et, j'oserai le dire, leurs conseillers les plus sûrs.

Messieurs, le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes dont nous allons ouvrir la VIIe session dans cette belle et patriotique ville de Nancy qui nous a généreusement offert l'hospitalité, est maintenant entré dans les mœurs. Fondé en 1890, il a depuis cette époque tenu régulièrement ses séances annuelles, et de plus en plus affirmé sa vitalité par le nombre et la qualité des travaux qui lui ont été soumis. La collection de ses actes renferme à côté d'une foule de mémoires originaux et de discussions intéressantes des rapports étendus et détaillés dont quelques-uns sont de véritables chefs-d'œuvre. Il est ainsi devenu un organe très important de diffusion des sciences psychiatriques et neurologiques.

Créé, en 1890, par les médecins aliénistes seuls, il devait tout d'abord n'y être traité que des questions se rattachant directement à la psychiatrie. Avec une conception très nette des conditions qui favorisent les progrès et la science, ses fondateurs et ses premiers adhérents ont décidé d'en ouvrir l'accès à ceux de leurs confrères qui, sans être des aliénistes de carrière, s'occupent plus particulièrement de l'étude si complète et si attachante des maladies du système nerveux. Ceux-ci ont saisi avec empressement l'occasion qui leur était offerte de lier des relations plus étroites avec les successeurs et les émules des Pinel, des Esquirol, des Mare, des Morel, des Calmeil, des Baillarger. Ils ont renoncé au projet qu'ils avaient formé de créer un Congrès de neurologie, et se sont groupés avec joie autour des maîtres éminents et des praticiens distingués qui se sont acquis une juste notoriété dans la science des maladies mentales et de la médecine légale des aliénés. Le Congrès de médecine mentale est alors devenu le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Est-ce un bien? Je le crois fermement. La division en deux groupes séparés de l'armée des travailleurs s'occupant des maladies nerveuses et mentales est tout à fait artificielle. Elle ne repose sur aucune idée générale. Elle est en opposition avec la nature même des choses. Scientifiquement, elle est irrationnelle. Pratiquement, elle aurait pour résultat, si elle était rigoureusement maintenue, de fragmenter l'étude de maladies qui sont unes et ne peuvent être bien connues que si on les envisage dans l'ensemble de leurs manifestations dans la série entière de leur évolution. Remarquez, en effet, que la plupart des maladies mentales ne sont représentées dans les asiles d'aliénés que par des types accentués ou compliqués dont les formes atténuées ou simples se rencontrent couramment dans la pratique civile ou dans les hôpitaux, de telle sorte qu'on serait exposé à n'avoir que des notions incomplètes et par conséquent erronées sur la paralysie générale, l'épilepsie, l'hystérie, la neurasthénie, la chorée, etc., si on ne connaissait ces maladies que par les cas qu'on peut observer dans les maisons spécialement consacrées au traitement des maladies mentales.

Inversement, il y a une foule de maladies, de syndromes ou d'épisodes morbides qui, par leur nature, appartiennent en propre à la médecine mentale, et qu'on n'a jamais ou presque jamais l'occasion d'observer dans les asiles d'aliénés ; tels sont, par exemple, les délires toxiques, transitoires, les délires fébriles, les obsessions psychiques conscientes, etc. Enfin, il y a un bon nombre de maladies mixtes, qui s'accompagnent parfois, mais non pas toujours, de perturbations psychiques et qui devraient conséquemment figurer tantôt dans le groupe des cas appartenant aux neurologistes, tantôt dans celui ressortissant aux aliénistes; de ce nombre sont la sclérose en plaques, le tabes, le ramollissement cérébral et la paralysie générale elle-même, dont la variété non délirante est d'une incontestable fréquence. Pour ces raisons, il est indispensable de compléter les unes par les autres les recherches des neurologistes et celles des aliénistes. Elles sont absolument solidaires. Elles marchent de pair. Elles ont les mêmes objets, les mêmes tendances, les mêmes méthodes, le même but. Elles ne doivent pas être séparées.

Cela est si vrai qu'il s'est toujours établi une sorte de pénétration continue entre les études de pathologie mentale et celles de pathologie nerveuse, si bien que les grandes découvertes qui ont été faites dans l'un de ces domaines n'ont jamais beaucoup tardé à étendre leur influence sur l'autre. C'est d'ailleurs là, il faut bien le reconnaître, un fait très général. Nous puisons incessamment autour de nous des idées, des notions, des doctrines qui ne nous appartiennent pas et dont nous nous servons comme si c'était notre bien. Les sciences d'observation progressent beaucoup plus par les emprunts qu'elles font ainsi de côté et d'autre aux sciences voisines que par les découvertes de leurs propres adeptes. Un exemple, qui touche par un côté aux rapports de la neurologie et de la psychiatrie, nous est fourni par l'histoire de ce qui s'est passé sous nos yeux lorsque se sont établis dans la pathologie du système nerveux les doctrines de la dégénérescence et, un peu plus tard, dans la pathologie mentale, celle de l'infection.

Il y a une trentaine d'années, un aliéniste de carrière, qui était en même temps un profond observateur et un grand philosophe, Morel, étudiant les conditions de production des maladies mentales, comprit le rôle capital que joue dans leur genèse l'hérédité pathologique. Il traça, dans ses leçons cliniques et dans son admirable ouvrage sur les dégénérescences de l'espèce humaine, les principales lois de l'hérédité dégénératrice. Cette notion, tirée uniquement de l'étude des maladies mentales et appliquée uniquement par Morel à l'étiologie des psychopathies et des névroses, gagna bien vite du terrain. Elle s'étendit à toutes les maladies nerveuses et les neurologistes en firent l'application à une foule d'états morbides dont ils ignoraient jusqu'alors les véritables causes, tout comme s'ils en avaient été les créateurs.

Pendant que la doctrine de la dégénérescence s'étendait ainsi de la pathologie mentale à la pathologie nerveuse, la microbiologie préparait dans le silence des laboratoires les merveilleuses expériences dont les résultats devaient quelques années plus tard pénétrer triomphalement dans la médecine générale, transformer la chirurgie par l'application des procédés antiseptiques et bouleverser toutes nos connaissances sur la pathogénie des maladies infectieuses.

On ne pensait pas tout d'abord que la révolution dût se propager au delà des maladies générales, fébriles, épidémiques. Mais bientôt nous apprîmes, non sans étonnement, que la rage était produite par un poison organique, dont l'action nocive, épargnant la plupart des tissus de l'économie, portait d'une façon élective sur certains éléments des centres nerveux. Un peu plus tard, des expériences rigoureuses démontrèrent que le tétanos était le résultat de l'empoisonnement des centres bulbo-protubérantiels par des toxines secrétés par le bacille de Nicolaier, et que les paralysies diphtéritiques étaient dûs à l'intoxication de la moelle épinière et de la moelle allongée par les poisons engendrés par le bacille de Lœffler.

Puis on nous montra que l'injection, dans le sang d'animaux bien portants, de certains bouillons de cultures microbiennes, privées ou non par le filtrage de leurs éléments figurés, pouvaient donner lieu à des paraplégies franches, à des myélites infectieuses aiguës.

On comprit alors que le système nerveux n'échappait pas aux lois générales de l'infection, et les neurologistes s'attachèrent à

---

appris que le Ministre de la Guerre, dans la crainte sans doute d'une interpellation à la Chambre, avait complètement changé d'avis. Il nous accorde les avertisseurs. Mieux vaut tard que jamais. *Fluctuat*, M. le Ministre de la Guerre ! Mais il est probable que ce n'est pas encore à lui que s'appliquera le *Nec mergitur!*

étudier ses réactions et ses altérations en présence des agents microbiens. Ils reprirent, avec des idées nouvelles, l'étude des névrites, des myélites, des encéphalites et reconnurent la fréquence de leur origine infectieuse.

Ils constatèrent que le bacille de Hansen végétait de préférence dans les nerfs périphériques où sa présence déterminait les troubles sensitifs, les atrophies musculaires, les ulcères trophiques des extrémités caractérisant les formes anesthésique, atrophique et mutilante de la lèpre; que des névrites périphériques diffuses, irrégulièrement disséminées, se succédaient assez souvent à l'intoxication typhique et se développaient parfois insidieusement dans le cours de la tuberculose pulmonaire.

Que, dans beaucoup de cas, les inflammations aiguës de la moelle et du cerveau étaient manifestement provoqués par des microbes ou par des toxines microbiennes, et que même certaines lésions organiques des centres nerveux, telles que celles de la paralysie infantile, de la porencéphalite, de la sclérose en plaques étaient la conséquence probable d'infections anciennes ayant déterminé des lésions locales indélébiles. Enfin, des statistiques aussi importantes par le nombre des cas sur lesquels elles portaient, que par l'autorité scientifique de leurs auteurs, montrèrent que le tabes avait des rapports de causalité avec la syphilis et que, loin d'être comme on le pensait communément, une maladie constitutionnelle dérivant de l'hérédité arthritique, il représentait vraisemblablement, lui aussi, une des formes par lesquelles peut se manifester l'infection des centres nerveux.

En même temps ils étudièrent de près l'étiologie des névroses et, contrairement aux opinions anciennes, d'après lesquelles l'hystérie, l'épilepsie, la neurasthénie étaient des maladies héréditaires, ils établirent que dans certains cas elles succédaient manifestement à des empoisonnements infectieux de l'organisme.

Les aliénistes, qui étaient restés jusque-là étrangers au mouvement qui se passait auprès d'eux, commencèrent à se préoccuper sérieusement des doctrines nouvelles qui jetaient un jour si imprévu sur le pathogénie des maladies nerveuses et à en appliquer les principes à l'étude de l'étiologie des maladies mentales. Leurs travaux se succédèrent alors rapidement. Les recherches que firent plusieurs d'entre eux sur les rapports de la syphilis et de la paralysie générale, recherches dont une bonne partie a été communiquée aux Congrès de médecine mentale de 1890 et de 1891, ouvrirent la voie. Le remarquable rapport de MM. Régis et Chevalier-Lavaure sur les psychoses par auto-intoxication, mit en lumière des faits de nature à frapper tous les esprits non prévenus, et la plupart des médecins aliénistes reconnaissent aujourd'hui que beaucoup de cas de psychoses pures, de confusion mentale primitive, de manie, de mélancolie, de folies post-typhoïdiques ou post-grippales sont engendrées ou tout au moins occasionnellement provoquées par des infections accidentelles des centres nerveux.

Ainsi, dans cette question limitée, mais extrêmement importante de l'étiologie des maladies mentales et nerveuses, les aliénistes et les neurologistes se sont rendus à courte échéance de mutuels services. Les premiers ont conçu et fixé la doctrine de la dégénérescence qui s'est bientôt étendue à toute la pathologie nerveuse ; les seconds ont préparé l'accès dans la médecine mentale de la doctrine de l'infection, doctrine dont ils avaient puisé les éléments dans la médecine générale, laquelle les avait empruntés aux travaux de laboratoire de notre illustre Pasteur et de ses élèves.

La morale de ceci, c'est que nous avons tous intérêt à ne pas nous enfermer dans des spécialisations trop étroites et trop exclusives, à élargir le plus possible notre horizon. Un neurologiste aurait une culture insuffisante s'il ne se tenait au courant des progrès qui s'accomplissent tous les jours dans le domaine de la psychiatrie et un aliéniste se priverait de précieux éléments d'enseignement s'il ne suivait d'un œil attentif et curieux les recherches qui se font dans le domaine de la neurologie.

Je ne veux pas, Messieurs, retarder plus longtemps l'ouverture de vos travaux. Permettez-moi cependant, avant de terminer, d'adresser de chaleureux remerciements à ceux de nos collègues qui ont pris une part active à l'organisation de notre Congrès, notamment à notre cher et éminent président de la session dernière, M. le Pr Joffroy, qui nous a puissamment aidé de ses conseils et de son expérience ; à M. le Dr Vernet, qui, exerçant provisoirement et en quelque sorte sans mandat officiel les difficiles fonctions de secrétaire général, s'est attaché avec un dévouement au-dessus de tout éloge à nous préparer la réception dont le programme est entre vos mains, et à MM. les Rapporteurs qui ont rédigé les remarquables monographies dont vous avez déjà apprécié la valeur.

Permettez-moi aussi de vous remercier du très grand honneur que vous m'avez fait en me confiant la présidence du présent Congrès. Je vous en exprime de tout cœur ma profonde gratitude.

Elections. Le Bureau a été ensuite constitué comme il suit :

Présidents d'honneur : MM. Barthou, ministre; Monod, directeur de l'Assistance ; Stehelin, préfet du département ; Maringer, maire de Nancy; Heydenreich, doyen de la Faculté ; Bernheim, de Nancy ; Ladame, de Genève ; Mendelsohn, de Moscou.

Présidents de séances : MM. Vallon et Lapointe ; *Secrétaires* : MM. Vernet et Seligman.

M. Régis, secrétaire-trésorier du précédent Congrès, apporte le compte financier du précédent exercice qui se chiffre par un excédent de 708 francs.

Aussitôt après l'arrêté des comptes, il est procédé à la discussion du rapport de M. Séglas sur les hallucinations de l'ouïe par M. Séglas.

Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe.

M. le Dr Séglas. — « Un homme, dit Esquirol, qui a la conviction entière d'une sensation actuellement perçue alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à la portée de ses sens, est dans un état d'hallucination. »

La caractéristique de l'hallucination, dit M. Séglas, est donc de créer l'apparence d'un objet extérieur *actuel*, qui n'existe pas en réalité. C'est donc une forme pathologique de la perception voisine et distincte de l'illusion d'une part, de l'interprétation délirante de l'autre ; par des exemples, l'auteur établit une opposition entre ces différents phénomènes et passe ensuite à la distinction des hallucinations proprement dites, des phénomènes décrits sous les noms de fausses hallucinations (Michea), d'hallucinations psychiques (Baillarger), de pseudo-hallucinations (Hagen, Kaudinky, Hoppe) et d'hallucinations aperceptives (Kalbaum).

S'appuyant sur l'observation clinique, l'auteur passe en revue, à propos des hallucinations de l'ouïe, successivement leur *contenu*, leur point de départ, leur localisation sensorielle et leur degré de complexité. De même qu'il existe trois degrés de perceptions consécutives à l'impression auditive, il y trois degrés dans l'hallucination.

Il est des malades qui disent entendre des sons, de simples bruits de nature indécise qu'ils traduisent par des onomatopées ou jugent par comparaison (perception auditive brute). D'autres perçoivent des sons différenciés qu'ils rapportent aux objets qu'ils croient les produire (perception auditive différenciée). D'autres enfin entendent des voies articulant des mots qui représentent des idées diverses, mais déterminées (perception auditive verbale). L'origine de ces différents phénomènes hallucinatoires peut être *périphérique* ou *centrale*.

Les hallucinations périphériques sont celles dans lesquelles le processus hallucinatoire reconnaît à son origine une excitation de la périphérie de l'appareil sensoriel correspondant.

La cause première de cette excitation peut résider dans l'appareil sensoriel lui-même ou se trouver en dehors du sujet dans le monde extérieur. D'où la division des hallucinations périphériques en *hallucinations périphériques objectives* et *hallucinations périphériques subjectives*.

Enfin, qu'il s'agisse d'hallucinations périphériques objectives ou subjectives, l'excitation initiale peut porter sur l'appareil sensoriel correspondant à l'hallucination ou sur un appareil sensoriel différent. Ces hallucinations peuvent être ainsi distinguées en directes et indirectes ou réflexes (Kahlbaum).

Quant à la question controversée des hallucinations auditives *centrales*, c'est-à-dire n'ayant comme point de départ aucune excitation périphérique, objective ou subjective, l'auteur admet l'hypothèse de l'origine intellectuelle par automatisme cérébral ou résultant d'un système d'idées délirantes, lorsque l'on ne peut invoquer ni une lésion cranienne ou cérébrale, ni une cause toxique ou asthénique.

Pour l'hallucination périphérique, l'auteur aborde ensuite la question de *localisation sensorielle*. Les bruits, les paroles que l'hallucinée dit entendre, peuvent en effet être perçues par les deux oreilles comme dans l'audition normale, l'hallucination est alors *bilatérale*. D'autres fois, la perception hallucinatoire n'intéresse, au dire des sujets, qu'une des moitiés symétriques du sens de l'ouïe, elle ne se fait que par une seule oreille. C'est l'hallucination *unilatérale* ou *dédoublée* de Michea.

Enfin, il est des cas complexes où l'hallucination auditive ne constitue qu'un élément épisodique à titre de *combinaison* ou d'*association hallucinatoire*. Il peut y avoir association con-

cordante des troubles hallucinatoires, l'œil voyant le personnage que l'oreille entend par exemple, c'est une association des différentes sphères sensorielles, mais il peut y avoir associations entre phénomènes de même ordre, c'est alors l'hallucination dialoguée, la double voix de Morel. Cette association s'accompagne parfois d'un certain antagonisme entre les deux voix, il peut même y avoir dissociation d'un côté à l'autre, l'oreille droite entendant un interlocuteur, la gauche entendant la voix opposée. L'antagonisme n'existe pas seulement entre hallucinations verbales de même nature, mais il peut s'établir entre hallucinations verbales, motrices et auditives.

Quand il n'y a pas antagonisme, il y a généralement écho d'une sphère hallucinatoire par rapport à l'autre ; par exemple la sphère psycho-motrice répétant l'hallucination auditive ou l'inverse (écholalie hallucinatoire). Le rapporteur cite ainsi un cas, publié par nous, d'hallucinations psycho-motrices graphiques combinées à des hallucinations auditives initiales, le malade écrivant automatiquement et inconsciemment sous la dictée de ces hallucinations de l'ouïe.

Au point de vue physio-pathologique l'auteur passe en revue les différentes théories de l'hallucination : théorie périphérique ou sensorielle ; théorie d'origine intellectuelle ; théorie psycho-sensorielle et théorie physiologique de l'éréthisme des centres corticaux.

Quel que soit le point de départ admis, l'intervention du centre sensoriel cortical du sens considéré est indispensable pour que l'hallucination se produise dans la conscience avec tous les caractères de la réalité objective, la théorie de l'hallucination regardant comme nécessaire l'intervention constante des centres corticaux est donc, en réalité, celle qui rend le mieux compte du phénomène d'après les données anatomiques et physiologiques actuelles.

M. Séglas termine son rapport par des considérations psychologiques sur le rôle des images mentales, leur extériorisation et leurs lois psychologiques d'association. Arguant des obscurités qui subsistent encore sur nombre de points relatifs à la psycho-physiologie de l'audition normale, l'auteur s'abstient d'émettre une théorie générale de l'hallucination de l'ouïe, se contentant de revenir sur la seule notion définitivement acquise de l'intervention nécessaire des centres corticaux dans la production de l'hallucination. « Savoir, c'est connaître que l'on ignore » conclue-t-il en terminant.

M. Vallon. — Sur la pathogénie des hallucinations de l'ouïe, mon opinion peut se résumer ainsi : toute hallucination est un phénomène d'origine centrale, cérébrale ; il n'y a pas d'hallucination d'origine périphérique sensorielle. Les preuves de la proposition que j'avance peuvent se tirer et de la physiologie et de la pathologie. La plupart des psychologues considèrent l'hallucination comme une exagération maladive du phénomène normal de la représentation mentale, comme une représentation mentale extériorisée. Or, cette proposition n'est pas exacte ou du moins ne contient qu'une partie de la vérité. A l'état normal, nous avons la faculté de nous représenter mentalement un objet auquel nous pensons; cette faculté acquiert parfois une vivacité exceptionnelle. Certaines personnes sont capables d'évoquer un souvenir avec une force telle, que l'objet se projette au dehors, s'extériorise. Il est des peintres qui peuvent faire pour ainsi dire poser devant eux un modèle déjà vu ou créé par leur imagination. Il est des musiciens qui, extériorisant leur pensée, arrivent à entendre un morceau de musique déjà entendu, un air au fur et à mesure qu'ils le composent. Dans certains cas, cette représentation mentale extériorisée prend une intensité telle qu'elle devient presque incoercible et échappe pour ainsi dire à l'action prématurée de la volonté ; la représentation mentale extériorisée s'impose avec une persistance obsédante. Cet état est voisin de la maladie, mais n'est pas encore l'état pathologique. Jusque-là, le sujet se rend compte qu'il est facteur actif dans la production du phénomène, que celui-ci vient de lui et non du dehors. Mais un pas de plus et l'état pathologique est constitué : le phénomène se détache du moi, de la personnalité; le malade n'a plus conscience qu'il joue un rôle actif dans la production de ce qu'il voit ou de ce qu'il entend; il a franchi le Rubicon ; il est sorti de l'état physiologique pour tomber dans l'état pathologique. C'est cette inconscience de l'origine de la sensation, qui, à mon avis, caractérise l'hallucination. En un mot, pour que l'hallucination soit constituée, il ne suffit pas, comme le pensent la plupart des psychologues, qu'il y ait extériorisation de la représentation mentale, il faut encore que le sujet perde conscience de ce phénomène. Comme on le voit, le passage se fait insensiblement de l'état physiologique à l'état pathologique ; la représentation mentale se transforme progressivement par une série d'opérations pour aboutir à l'hallucination; or, tous ces phénomènes successifs sont essentiellement de nature cérébrale : il est donc logique de considérer l'hallucination elle-même comme un trouble d'origine cérébrale.

Une autre preuve de la nature cérébrale et purement cérébrale des hallucinations se déduit de ce fait que les hallucinations sont constamment en rapport intime avec les idées délirantes du malade. C'est ce qui se passe, par exemple, dans le délire des persécutions. Après une phase d'inquiétude vague, qui dure souvent longtemps et revêt parfois les caractères d'un délire hypochondriaque, le malade est pris d'hallucinations de l'ouïe. Or, celles-ci correspondent aux idées qui le dominent depuis longtemps; il y a un lien étroit entre elles et le délire : ce qui indique bien encore leur origine cérébrale, leur caractère purement psychique.

Le grand argument qu'on a fait valoir en faveur de l'origine périphérique possible des hallucinations, c'est l'existence d'hallucinations unilatérales chez les individus atteints d'une maladie de l'oreille du côté correspondant. Mais, si on examine de près tous ces faits, on ne tarde pas à se convaincre qu'ils sont passibles d'une interprétation toute autre que celle qu'on en a donnée, qu'il s'agit là de sensations subjectives interprétées et non de véritables hallucinations. Voici une observation qui montre bien la pathogénie et la nature du phénomène improprement désigné sous le nom d'hallucination d'origine périphérique ou sensorielle. Un homme est atteint d'une perforation des deux tympans; son ouïe s'affaiblit considérablement en même temps; il entend dans les oreilles des bourdonnements, des sifflements, etc.; mais il se rend bien compte de l'origine de ces bruits, il comprend bien qu'ils sont liés aux lésions de ses oreilles. Pendant longtemps, pendant des mois, cette conscience de son état persiste. Plus tard, sous l'influence de chagrins divers, il tomba dans un état mélancolique; bientôt sur ce fond mélancolique se développent des idées de persécution, en un mot il devient malade du cerveau. Alors, mais alors seulement, il interprète d'une façon délirante les sensations auditives qu'antérieurement il appréciait à leur juste valeur ; il se figure que ce sont des gens qui lui sifflent dans les oreilles, qui lui disent des choses désagréables. Ce qui s'est passé chez mon malade fait comprendre le mécanisme des prétendues hallucinations unilatérales d'origine périphérique. La maladie auriculaire donne lieu à une sensation subjective, c'est-à-dire sans objet et celle-ci est interprétée par le malade. Dans tous ces cas de lésions auriculaires, il se produit, en somme, une impression subjective qui est transmise au cerveau et appréciée par celui-ci correctement ou incorrectement, suivant qu'il est lui-même sain ou malade. On voit donc qu'il n'y a pas, à proprement parler, d'hallucination d'origine périphérique.

On m'objectera encore les faits dans lesquels l'hallucination auditive reconnaît comme point de départ, une excitation de l'appareil auditif, venue de l'extérieur. M. Séglas a cité l'exemple d'une femme qui, en entendant fermer une porte, s'est entendue appeler « vieille pouilleuse ». Mais, dans ce cas là, il s'agit d'une personne hallucinée habituellement et l'on ne peut pas dire que l'excitation produite par le bruit de la porte a créé l'hallucination; elle ne fait évidemment que la provoquer.

Depuis Esquirol, on définit l'hallucination une perception sans objet. L'hallucination, en effet, consiste à sentir alors que rien n'impressionne le sens, c'est une sensation moins l'impression qui la produit habituellement; en un mot, ce qui caractérise l'hallucination, c'est l'absence d'impression. Donc, tout phénomène qui a pour origine une impression quelconque, par définition, n'est pas une hallucination. Dans l'illusion, au contraire, il y a une impression sensorielle et c'est précisément sur ce caractère qu'est basée la différence entre l'illusion et

l'hallucination. Or, dans les phénomènes que l'on désigne sous le nom d'hallucinations d'origine périphérique, il y a, comme dans l'illusion, une impression périphérique; sans doute il existe une différence dans le lieu et dans le mode d'impression, mais enfin il y a impression, en sorte que la prétendue hallucination d'origine périphérique se rapproche plus de l'illusion que de l'hallucination.

En résumé, dans tous les faits désignés sous le nom d'hallucination d'origine périphérique, il s'agit de phénomènes différents de l'hallucination; à des choses différentes, il importe, sous peine de confusion, de donner des noms différents. A l'hallucination psychique seule, il faut réserver le nom d'hallucination; à la prétendue hallucination d'origine périphérique qui n'a que les apparences de l'hallucination, qui n'est qu'une *pseudo-hallucination*, qu'une *fausse hallucination*, il convient d'appliquer l'appellation de *sensation subjective interprétée*, laquelle indique bien l'origine et la nature du phénomène.

La synthèse des troubles de la sphère auditive peut être représentée par le tableau suivant :

Troubles.

1° Trouble dont le point de départ est dans le cerveau.	Hallucination.	Sensation sans objet, sensation moins l'impression qui la produit habituellement.
2° Troubles dont le point de départ est à la périphérie.	1° dans l'appareil sensoriel.	a) *Sensation subjective* dans l'appareil sensoriel malade, sans l'intervention d'aucun objet extérieur; il se produit une impression que le *cerveau sain* perçoit normalement.
		b) *Sensation subjective interprétée* (*fausse hallucination*) dans l'appareil sensoriel malade, sans l'intervention d'aucun objet extérieur, une impression ayant été produite, le *cerveau malade* la perçoit d'une façon anormale, c'est une sensation subjective mal interprétée.
	2° au dehors.	*Illusion* (sensation objective mal interprétée). Un objet extérieur impressionne l'appareil sensoriel, le cerveau malade perçoit cette impression objective d'une façon anormale.

M. Ballet. — Tout en se déclarant partisan de la théorie de la nature centrale, cérébrale des phénomènes hallucinatoires, il critique, cependant, la théorie de Tamburini comme trop exclusive en ce qu'elle assimile l'hallucination à un phénomène épileptique, à une sorte d'épilepsie du centre sensoriel cortical. Rappelant le schéma des centres corticaux qu'il a proposé pour la théorie du langage intérieur, M. Ballet montre que, pour qu'il y ait projection d'une image hallucinatoire corticale, il faut non seulement une entrée en action, en vibration, du centre précis auquel est relié l'organe périphérique, mais aussi une intervention des centres voisins d'association sans lesquels la perception reste brute et non différentiée. Il y a plus, certains auteurs estiment qu'il doit y avoir intervention d'un centre de synthèse des différentes images associées évoquées en même temps et rattachées à une cause imaginaire extériorisée. M. Ballet ne croit pas indispensable de supposer l'existence d'un tel centre de synthèse psychique, mais l'intervention, l'irradiation convergeante ou divergeante de l'excitation s'étendant aux centres multiples d'association des images visuelles auditives, gustatives, olfactines, tactiles musculaires, etc., est indispensable pour expliquer l'hallucination différentiée; dès lors on ne comprend plus la théorie de l'épileptisation localisée à un centre unique. D'ailleurs, la notion d'épilepsie comporte une détente maximum par laquelle un centre fournit tout ce qu'il peut donner comme les détentes motrices convulsives dans l'épilepsie motrice, tandis que l'hallucination est la restriction à une seule image très déterminée à l'exclusion de toutes les autres images enregistrées par le même centre sensoriel. Au demeurant, M. Ballet estime que l'hallucination ne peut être qu'un phénomène purement intellectuel, dans lequel interviennent nécessairement les centres supérieurs psychiques et verbaux.

M. Régis rappelant les premières observations publiées par lui d'hallucinations unilatérales, rapporte une nouvelle observation dans laquelle l'hallucination se produit en écho, s'exacerbe à l'occasion de nouvelles sensations réelles et n'exclut pas l'état de conscience. Entendant un morceau de musique par exemple, elle le perçoit normalement, mais cette impression perçue se réveille ensuite spontanément reproduisant d'une façon tyrannique les sons déjà entendus, d'autant plus nettement que d'autres bruits quelconques réels se font entendre au moment de cette sorte d'hallucination-écho consciente. La lésion périphérique constatée était une otite catarrhale. Des bourdonnements eutotiques marquaient généralement le début des phénomènes hallucinatoires.

M. Paul Garnier. — En entendant M. Régis, j'ai compris mieux que jamais la nécessité de s'entendre, au préalable, sur la véritable valeur des mots, et je ne pouvais m'empêcher de penser que la plupart des phénomènes que notre collègue décrivait comme autant de caractères d'une hallucination appartiennent, en réalité, à l'illusion.

Voici un malade qui a des bruits dans les oreilles et ne peut entendre une musique militaire, par exemple, sans que son oreille soit désagréablement affectée, que les bruits s'accroissent et se transforment. Est-ce là une hallucination vraie? Il me semble difficile de l'admettre.

C'est une illusion subjective, rien de plus. En effet, il y a là, à l'origine du phénomène, une sensation réelle; l'oreille, influencée pathologiquement, *entend*; d'abord bourdonnante, chantante ensuite, elle finit par devenir *bavarde*, passez-moi le mot... Des voix sont entendues, mais elles sont nées de bruits transformés et ce point de départ sensorial me suffit pour dire que la perception n'étant pas sans objet, il ne peut y avoir hallucination au point de vue clinique, cette différenciation entre l'illusion et l'hallucination est de la plus haute importance. L'existence ou l'absence d'hallucination est un des plus précieux éléments de diagnostic.

Nous savons tous que le persécuté-persécuteur en reste presque toujours à des illusions et des interprétations délirantes, tandis que le malade atteint de délire chronique ou psychose systématique progressive a nécessairement des hallucinations de l'ouïe. Je crois que nous devons considérer comme réel le phénomène dénommé : illusion, et je répéterai à ce propos la définition de Lasègue : l'illusion est à l'hallucination ce que la médisance est à la calomnie.

MM. Marie et Bonnet. — *Fait clinique pour servir à l'étude anatomo-pathologique des hallucinations.* — Les auteurs s'appuyant sur une autopsie de délirant chronique développent l'hypothèse d'une corrélation possible entre certains phénomènes hallucinatoires et certaines lésions corticales tardives. La lésion terminale des centres sensoreils serait l'aboutissant d'un processus antérieur, d'éréthismes se traduisant tout d'abord par des hallucinations déterminées. A défaut de documents anatomo-cliniques nombreux nécessitant une observation de longue haleine, les auteurs rappellent des cas analogues déjà publiés (cas de Garnier, Linoff, Féré, etc.).

MM. Vallon et Marie. — *Sur un cas de délire chronique religieux à hallucinations auditives et visuelles.* — C'est l'observation d'un délirant systématique mystique halluciné de l'ouïe à la suite d'un coup de revolver à la tempe, tentative de suicide commise dans la période d'inquiétude. Le malade entend un ennemi différent logé dans chacune de ses oreilles, mais il perçoit alternativement chacun d'eux des deux oreilles à la fois. Parvenu à la deuxième phase de son évolution, il contemple des visions consolantes divines. Elles sont peu nombreuses et toujours les mêmes; Dieu, la Vierge, radieuses, immobiles et muettes, en un mot totalement différentes des visions de l'alcoolique et en quelque sorte exclusives des hallucinations auditives avec lesquelles elles alternent. Jamais les visions ne parlent et on ne peut voir les ennemis qui parlent. Il semble y avoir irradiation et alternance entre les deux eréthismes visuel et auditif.

On en pourrait tirer des déductions au point de vue de la séméiologie spéciale et du mécanisme psychique des délires ohroniques mystiques.

M. Séglas termine en résumant le débat. M. Vallon, parlant des hallucinations périphériques, a réclamé un nom à part, et propose celui de pseudo-hallucinations ; mais c'est là une expression qui prêterait à oonfusion avec des phénomènes analogues, mais distincts, décrits par Kandwisky. Ce sont pour Kandwisky des représentations mentales fixes et persistantes, mais ne s'extériorisant pas ; on les pourrait oonfondre avec les hallucinations motrices étudiées par Séglas, dont elles diffèrent également ; c'est ce qui est arrivé à Baillarger, qui décrit ensemble ces deux ordres de phénomènes sous le nom d'hallucinations psychiques.

Celles décrites par Seglas correspondraient plutôt aux hallucinations de Kramer (motrices). M. Séglas considère les causes périphériques comme tout à fait secondaires, tout en reconnaissant les cas de Régis comme étant des hallucinations au sens de Tamburini. Il se refuse à admettre l'unilatéralité hallucinatoire comme permettant de défendre l'hypothèse d'une dissociation fonctionnelle des deux hémisphères.

La raison des divergences d'interprétations et des difficultés d'entente en ce qui concerne la distinction des hallucinations d'origine périphérique et des illusions ou interprétations délirantes, tient à ce qu'il existe des définitions et des théories différentes et il s'agirait de se mettre d'accord sur une terminologie commune.

Tamburini considère comme hallucinatoire tout phénomène de perception ne reposant pas sur une cause réelle extérieure au malade. Partant, les perceptions fausses basées sur des phénomènes réels, mais se passant dans les organes même du malade sont hallucinatoires ; c'est cette théorie que le rapporteur a tout d'abord admise implicitement.

M. Pitres clot le débat et la séance après avoir soumis au Congrès quelques curieux cas d'hallucination chez les amputés percevant leur membre absent comme toujours existant et soumis à leur volonté.

Il a observé 32 amputés ; beaucoup ont une sorte de pied fantôme au bout de leur moignon pour lequel ils prennent des précautions, comme craignant le froissement dans les foules ou la morsure par des chiens.

Cette fausse sensation tient, non à des habitudes psychiques seulement, mais aussi à certains états de la cicatrice hétérotopique, car les modifications périphériques imprimées au moignon modifient l'illusion, comme par exemple le port du pilon ou son absence. Weir-Mitchell a démontré par de curieuses expériences que l'on peut faire réapparaître par l'électrisation le pied fantôme dans l'esprit de vieux amputés qui en avaient perdu le souvenir ; l'électrisation de la cicatrice suffit souvent à faire réapparaître l'illusion.

M. Pitres a fait l'inverse et a fait disparaître le membre fantôme chez des amputés ayant l'illusion précitée, et cela à l'aide d'un procédé exactement inverse de celui de Weir-Mitchell. Il cocaïnise la cicatrice du moignon à l'extrémité duquel le malade objective un pied imaginaire; l'injection cocaïnique sous la cicatrice supprime subitement l'illusion et toute représentation mentale du pied fantôme devient et demeure impossible pendant toute la durée de l'influence cocaïnique.

Séance du lundi 3 août. — Présidence de M. Pitres.

DEUXIÈME QUESTION DU PROGRAMME.

Séméiologie des tremblements.

M. le Dr Lucien Lamacq. — On dit qu'une partie du corps tremble quand elle décrit une série d'oscillations rythmiques de part et d'autre de sa position d'équilibre ; non seulement les membres peuvent être atteints mais encore les paupières, les yeux, les lèvres, la langue, la mâchoire, la rotule...

Pour faciliter l'étude des tremblements, on peut les classer de la façon suivante :

1° Tremblements au repos (paralysie agitante).
2° Tremblements dans les mouvements volontaires (sclérose en plaques).
3° Contractions anormales au repos (chorées).
4° Contractions anormales dans les mouvements (ataxie).

On peut distinguer, en outre, selon l'intensité :

1° Tremblements lents (3 à 5 oscillations par secondes),
2° — moyens (6 à 7).
3° — rapides, vibratoires (8 à 9).

Selon la localisation enfin, il y a des tremblements generalisés ou partiels.

Abordant ensuite l'étude clinique, l'auteur donne les résultats des recherches faites par M. le Pr Pitres, sur la fréquence des tremblements dans les affections nerveuses et mentales. Voici les moyennes relevées :

Hystérie.	hommes .	7	avec tremblements	2
			sans —	5
	femmes .	42	avec —	15
			sans —	27
Total	trembleurs. . . .	17		
	non trembleurs .	32		

Moyenne : 1 trembleur sur 3 hystériques ou environ 34,6 p. 100.

Neurasthénie (139 cas)	hommes .	61	avec tremblements	54
			sans —	7
	femmes. .	78	avec —	66
			sans —	12
Total.	trembleurs . . .	120		
	non trembleurs .	19		

Moyenne : 85 trembleurs sur 100 neurasthéniques.

Epilepsie (51 cas) . .	hommes .	23	avec tremblements	7
			sans —	16
	femmes .	28	avec —	3
			sans —	25
Total.	trembleurs	10		
	non trembleurs. .	41		

Moyenne : 20 trembleurs sur 100 épileptiques.

Vésanie (28 cas) . . .	hommes.	8	avec tremblements	3
			sans —	5
	femmes .	20	avec —	4
			sans —	16
Total	trembleurs	7		
	non trembleurs. .	21		

Moyenne : 25 trembleurs sur 100 vésaniques.

Si l'on étudie par oomparaison les gens normaux au point de vue des tremblements partiels assez oommuns, on trouve:

Tremblements des mains seules. .	13,20 0/0
— de la langue seule .	6,45 0/0
— des deux à la fois. .	26,16 0/0

Ces statistiques tendraient d'ailleurs à démontrer que les tremblements vibratoires sont presque aussi fréquents chez les sujets dits normaux que chez les nerveux constatés. L'autour aborde enfin l'étude des tremblements associés entre eux ou combinés à des mouvements anormaux.

En résumé, la valeur séméiologique des tremblements est variable parce qu'il y a de nombreuses formes de transition entre les divers types décrits, parce que certaines formes sont encore mal définies et mal connues. Ils peuvent dans beaucoup d'affections, n'être qu'une manifestation épisodique sans grande importance. D'autres fois, au contraire, ils constituent un symptôme de haute valeur quand leur présence est constante dans une affection. Il serait utile aussi de savoir dans quel cas le tremblement est un symptôme purement fonctionnel, dans quel cas il est la manifestation précise d'une lésion organique. Il est impossible aujourd'hui de rien dire à ce sujet de bien scientifique.

Le tremblement à forme vibratoire est extrêmement fréquent chez des sujets en apparence normaux. Peut-être est-on en droit de considérer le tremblement émotif, le neurasthénique et celui du goître exophtalmique comme une simple accentuation de co tremblement que l'on rencontre chez plus de 40 p. 100 des personnes en bonne santé.

Le tremblement de la paralysie générale paraît vraiment caractéristique, au moins sur les tracés graphiques où l'on observe les « décharges » sur lesquelles a insisté M. Chambard.

Quant à la trépidation épileptoïde, sa valeur séméiologique est très grande, parce que son aspect clinique est nettement défini et que, de plus, elle correspond d'une façon presque absolument constante à la sclérose des cordons latéraux.

M. Delmas communique une observation, recueillie dans son service hydrothérapique de Saint-André, de *tremblement et*

spasme rythmé, avec stygmates hystériques tardifs, chez un jeune homme de 19 ans, paraissant avoir pour origine un traumatisme remontant à cinq années. Guérison du spasme rythmé au bout de deux mois et demi par l'hydrothérapie et la médication bromurée. En voici les conclusions. 1° Le tremblement et spasmes rythmés, dont nous venons de vous exposer l'histoire, semble bien appartenir à la catégorie de ceux ayant pour cause première un traumatisme initial, mais avec cette circonstance rare, que le traumatisme était bien antérieur au début du spasme rythmé. Et, par un concours fortuit, celui-ci a accusé tardivement son caractère hystérique, bien après son propre début; 2° Il est donc sage dans tout état névrosique plus ou moins obscur, dans ses origines et sa nature propre, de réserver son jugement, et comme le recommandent Charcot et ses savants successeurs, de songer toujours à l'hystérie, avant d'asseoir son diagnostic définitivement; 3° Peut-être pourrait-on conclure encore de ce fait, que dans ses nombreuses transformations et manifestations locales, l'hystérie met le plus souvent en jeu tour à tour l'ensemble du système nerveux céphalo-rachidien et sympathique, d'où l'indication naturelle pour combattre ces manifestations plus efficacement, de s'adresser de préférence à des thérapeutiques généralisant elles-mêmes leurs effets à tout l'organisme; 4° Dans le cas présent, bien que six mois se soient écoulés depuis la guérison du spasme rythmé, on ne peut l'affirmer qu'avec réserve de l'avenir, l'hystérique restant à l'état latent; 5° L'action sédative et tonique tout à la fois de la médication hydriatique, obtenue par certaines formules et secondées par les préparations bromurées a été trop lente et graduelle, pour ne pas la considérer comme ayant agit méthodiquement, et non pas seulement selon un mode impressionniste accidentel ou par simple suggestion.

M. Parizot. — *Du tremblement chez les normaux.* — L'auteur signale un dispositif spécial pour déceler le tremblement qui existe chez tous les gens normaux, même à l'état de complet repos. L'appareil est dû à M. Meyer.

M. Bernheim. — *Du traitement des tremblements par l'hypnotisme.* — Il y en a de curables par ce moyen, d'autres améliorables, d'autres totalement incurables. Parmi les premiers on peut citer le tremblement hystérique, la chorée rythmique, certains tremblements toxiques. On peut améliorer la sclérose en plaque en ce qui concerne le tremblement. M. Bernheim a rendu les mouvements normaux à un malade de ce genre ainsi qu'à un certain nombre d'ataxiques. Il n'a obtenu aucun résultat dans la maladie de Parkinson et peu dans la maladie de Basedow. Il estime que c'est par suggestion seulement qu'agissent dans le même sens les aimants et applications métallothérapiques.

MM. Sabrazès et Cabanès. — *Nystagmus vibratoire de nature hystérique provoqué dans l'hypnose.* — Le nystagmus s'observe parfois spontanément dans l'hystérie. Ce nystagmus vibratoire ne ressemble nullement aux oscillations inégales et assez lentes se produisant surtout dans les positions extrêmes du regard qu'on observe dans la sclérose en plaque. Le strabisme interne qui l'accompagne est très remarquable parce qu'il persiste dans la vision éloignée, car s'il est possible normalement de loucher en fixant un objet proche, le fait est tout à fait extraordinaire quand l'un des yeux regarde au loin. Ce nystagmus est accessible à la suggestion comme les autres manifestations de la névrose. On peut le provoquer expérimentalement chez des hystériques, alors que normalement il est d'une simulation impossible.

M. A. Voisin signale ensuite quatre observations de malades non hystériques, avec vibrations musculaires involontaires, perceptibles à l'oreille à distance et incoercibles.

M. Garnier rappelle les études de M. Lefilliâtre sur le *tremblement des alcooliques* et signale l'intérêt de l'enregistrement des tracés pour déceler l'action convulsivante des essences alcooliques (absinthe, anis, etc.), dont l'ingestion produit des décharges spasmodiques musculaires, lesquelles se traduisent dans le tracé sphygmographique par des oscillations particulières plus vastes, accidentant le tracé ondulé régulier et monotone de l'alcoolique simple non absinthique.

M. Parant appelle l'attention sur le tremblement de la langue de certains mélancoliques, que l'auteur a remarqué être généralement d'origine infectieuse. Quand on observe ce tremblement en masse lent et comparable à celui d'une petite masse gélatineuse, chez des mélancoliques on peut pronostiquer un état curable, non héréditaire, mais plutôt infectieux.

M. Charpentier, à propos des mélancoliques précités, invoque comme cause d'intoxication secondaire, même chez les mélancoliques héréditaires, les auto-infections par désordres gastro-intestinaux.

M. Régis va plus loin que M. Parant et estime que le tremblement lent de la langue est pathognomonique de toutes les étiologies infectieuses des psychoses non seulement mélancoliques mais maniaques, y compris le délire aigu dont le pronostic est loin d'être favorable, alors que M. Parant considérait ce signe comme indice de curabilité.

M. Pitres, revenant sur l'opinion de M. Bernheim concernant l'action des aimants, purement psychique selon lui, rappelle une expérience de Schiff à laquelle il a assisté à la Salpêtrière et qui démontre l'action magnétique, indépendamment de l'action psychique indiscutable. Avec une barre de fer doux entourée d'un solénoïde, Schiff examina les malades de Charcot, lançant le courant à l'insu des malades et de tout le monde et aimantant le fer à volonté il releva l'action magnétique dans les cas d'aimantation par le courant à l'exclusion de toute influence sur les malades en l'absence de courant et partant d'aimantation. Au sujet des malades signalés par M. A. Voisin et présentant des contractions musculaires bruyantes pouvant aller jusqu'à une sorte de claquement tendineux, M. Pitres rappelle les sujets analogues offrant ce phénomène susceptible d'être produit volontairement et déjà connus parmi les médiums spirites, dit médiums frappeurs. Chez eux les coups frappés soi-disant dans l'obscurité par l'esprit évoqué ne sont autres que des bruits tendineux voulus ou inconscients, tout à fait comparables aux bruits musculaires signalés par M. Voisin à propos des tremblements.

Séance du mardi. — Présidence de M. Vallon.

TROISIÈME QUESTION DU PROGRAMME.

De l'internement des aliénés.

M. le Dr Paul Garnier. — Considéré au double point de vue de la thérapeutique et de la législation, l'internement des aliénés est l'une de ces questions majeures qui se remplacent, à de courts intervalles, comme par l'effet d'une nécessité admise par tous, sous le champ de l'attention et de la discussion.

Aucune n'est plus propre, en tous les cas, à servir de base aux débats d'un congrès de neurologistes et d'aliénistes; et, si l'on peut accorder qu'il est des sujets plus neufs, il faut dire aussi qu'il n'en est point pour faire intervenir de plus graves intérêts et pour soumettre de plus sérieux problèmes à l'esprit du philosophe, du législateur, du moraliste et du médecin.

Dans l'occurence présente, il convient, pourtant, de lui reconnaître un défaut : elle est infiniment trop vaste; autour d'elle gravitent tant de sous-questions, qu'un volume ne suffirait pas à en donner l'exposé complet. L'auteur a su tourner la difficulté d'une aussi lourde tâche, en touchant successivement les principaux points sur lesquels il importait d'orienter des discussions qui ne sauraient manquer d'être utiles et fécondes.

Après un rapide historique de la question, il traite, en clinicien, l'opportunité de l'internement en ce qui concerne chaque catégorie particulière de malades ; c'est ainsi qu'il étudie successivement à ce point de vue, le maniaque, le mélancolique, le paralytique, le persécuté, les dégénérés et congénitaux, les convulsifs (épilepsie, hystérie), alcoolisés et déments — au sujet de ces derniers, il signale l'amélioration entreprise par la série de colonies familiales d'hospitalisation.

On peut ramener à 17 points la conclusion du rapport de M. Garnier.

I. — Dans l'état actuel de nos connaissances en psychiatrie, l'isolement reste comme la meilleure et la plus essentielle des mesures à appliquer dans la plupart des cas au traitement de la folie. Son efficacité est d'autant plus grande qu'il est effectué à une date plus proche du début de l'affection.

II. — La qualification de dangereux appliqué à tel ou tel aliéné ne suffit pas comme critérium d'internement, car on doit hos-

pitaliser également les malades avant qu'ils n'aient troublé l'ordre ou menacé la vie de leurs semblables.

III — Les progrès réalisés en pathologie mentale et dans l'hospitalisation spéciale tendent à la suppression des marques de contraste physique.

IV. — Les nécessités du traitement moral et pharmaceutique exigeraient que les malades confiés à chaque chef de service fussent beaucoup moins nombreux afin de pouvoir être suivis et étudiés de plus près.

V. — Le traitement moral ne semble pas pouvoir prendre pour base le système de l'intimidation par la menace ou l'application d'une punition. Il emprunte sa principale valeur à l'autorité de la parole du médecin et aux manifestations d'une bienveillance affectueuse et inlassable que beaucoup d'aliénés savent encore apprécier.

VI. — Si l'asile moderne doit se faire riant, perdre de plus en plus le sombre aspect des établissements d'autrefois, s'annexer des exploitations agricoles et donner, dans la mesure du possible, à l'aliéné l'image de la vie sociale, à laquelle son délire a contraint de l'arracher, l'expérience n'est pas suffisamment faite relativement à l'utilité des *visites à volonté* sans aucune réserve quant à la période et aux phases de la maladie et sans fixation aucune de jour et d'heure, comme le voudrait une nouvelle méthode.

VII. — Les sorties provisoires où à titre d'essai, dont on ne peut méconnaître les inconvénients au point de vue administratif et relativement aux manifestations de la capacité civile, présentent pourtant des avantages prédominants en permettant d'opérer une transition utile et d'octroyer la liberté en quelque sorte à titre conditionnel.

VIII. — Les plus grandes réserves sont commandées quand il s'agit d'autoriser la sortie de certains malades que la logique même de leur délire rend éminemment dangereux, les délirants persécutés, par exemple, dont les efforts de dissimulation peuvent parvenir à tromper le médecin et l'amener à croire à la disparition de conceptions morbides, alors que celles-ci se cachent seulement.

IX. — La diminution constatée, ces dernières années, dans la proportion des guérisons est plus apparente que réelle et semble due à l'encombrement de nos asiles par des chroniques dont l'incurabilité est, le plus souvent, causée par le retard apporté a l'internement.

X. — La division de nos établissements spéciaux en *asiles de traitement* et *en asiles d'incurables* présente plus d'inconvénients que d'avantages et ne répond pas au progrès moderne. Mais il importe de désencombrer les asiles des affaiblis et des séniles qui n'y sont pas à leur place et pour lesquels l'assistance doit créer des hospices que rien n'oblige à placer sous le régime de la loi sur les aliénés.

XI. — L'aliéné convalescent ou guéri ne doit pas être abandonné à ses propres ressources, à sa sortie de l'asile. Le surveiller affectueusement, le protéger, le secourir est l'œuvre qui se recommande le plus à nos institutions de bienfaisance, soit publiques, soit privées, et il y a lieu de donner un développement beaucoup plus grand à nos sociétés de patronage.

XII. — La loi du 30 juin 1838, « pure dans l'intention qui l'a inspirée, bonne dans son principe, sage dans ses dispositions », a été un progrès considérable. Les exemples de sequestrations arbitraires attribuées à ses prétendues défectuosités ne résistent pas à l'examen.

XIII. — Rien n'établit que l'autorité administrative et la science médicale auxquelles cette loi attribue un rôle prépondérant et d'ailleurs logique, dans l'internement des aliénés, aient été inferieures à leur mission contrôlée au surplus par l'intervention obligatoire de l'autorité judiciaire.

XIV. — Si des faits du genre de ceux que les adversaires de la loi du 30 juin 1838 ont cités, mais sans les appuyer des moindres preuves, pouvaient se produire, ils seraient imputables, non à la loi elle-même, mais à l'oubli de ses dispositions fondamentales.

XV. — Le principe essentiel de la loi votée par le Sénat (intervention judiciaire), se heurte à d'insurmontables difficultés et n'augmente pas les garanties réelles contre la violation de la liberté individuelle.

XVI. — La loi du 30 juin 1838, suffisante à ce point de vue, l'est moins à celui des précautions relatives à la sortie d'aliénés dangereux suspects de rechute. Elle est heureusement complétée par les articles 36, 37, 38, 39 et 40 du projet.

XVII. — Il y aurait lieu d'étendre aux délirants alcooliques récidivistes les précautions précitées.

M. Charpentier pense que les malades à ne pas interner dans les asiles ordinaires mais relevant d'asiles spéciaux sont : certains cas de tentatives de suicide, certains déments séniles ou précoces, les épileptiques sains d'esprit et les épileptiques lucides et délinquants ; les hystériques de la même catégorie, les idiots qui ne sont que des infirmes comme les sourds-muets et aveugles, beaucoup d'imbéciles non délinquants ni dangereux et les arriérés qui réclament des maisons d'éducation spéciales ; un grand nombre de délinquants irresponsables se rencontrant dans les folies du caractère : folie morale, manie raisonnante, aliénés persécuteurs ou hallucinés, enfin alcooliques délirants récidivistes qu'il faut transformer en individus judiciaires. Ces individus ont besoin les uns de maison d'assistance, les autres de maison de surveillance, d'autres de maison de contention : les services à domicile, les placements familiaux, les colonies agricoles, des hospices spéciaux, des refuges, asiles de travail et sociétés de patronage doivent être étudiés et développés dans ce but. Le rôle de la punition, suivant l'auteur, n'est pas à rejeter, car il est salutaire comme moyen de discipliner ces malades; c'est par suite de la confusion actuelle de ces malades avec les malades ordinaires dans les asiles, qu'il est permis de défendre l'application des mesures coercitives disciplinaires qui sont indispensables dans l'asile de sûreté dont la loi prochaine peut nous doter.

M. Taty (de Lyon) défend la cause, condamnée par M. Paul Garnier, de la division des asiles en asiles de traitement et asiles d'incurables; il pense qu'en modifiant ces termes décourageants, on peut soutenir en théorie le principe d'une division des établissements d'assistance aux aliénés en hôpitaux de maladies aigües et asiles de maladies chroniques.

Il ne se dissimule pas les difficultés pratiques d'une pareille séparation. Les problèmes qui se posent sont de deux ordres : l'un est un problème économique, pénible à résoudre, comme toutes les questions d'argent, mais dont on peut aider la solution par cette considération développée par M. le Pr Pierret, au Congrès de Lyon et à la Société d'Economie politique; l'autre est un problème législatif. L'hôpital de maladies aigües ne peut rendre de services qu'à la condition d'être largement ouvert, non plus dans le sens de l'asile aux portes ouvertes de M. Marandon de Montyel, mais dans celui qui s'indique dans les projets législatifs nouveaux, hôpital ouvert aux malades eux-mêmes qui pourraient y demander personnellement leur admission, ouvert aux familles et aux autorités qui pourraient y placer leurs malades sans les lenteurs actuelles si nuisibles, ouvert enfin dans les limites convenables aux étudiants en médecine, qui pourraient y venir puiser cet enseignement clinique spécial, plus étendu, qu'on réclame pour eux de tous côtés, et dont M. le Président de la Cour de Bordeaux demandait l'année dernière d'étendre le bénéfice même aux étudiants en droit.

M. Doutrebente. — Rapport entre la *guérison de la folie et la durée de la maladie avant l'admission.* — Les malades soumis aux soins des médecins d'asile le sont trop souvent longtemps après le début du mal. M. Doutrebente n'en veut pour preuve que le résultat de ses recherches statistiques. La moyenne de la durée de la maladie avant l'admission pour les malades entrés à l'asile de Blois pendant l'espace de 16 ans a été trouvée de 11 mois et 6 jours. Dans ces conditions, on aurait mauvaise grâce à reprocher aux aliénistes leur impuissance relative, après les avoir placés dans la quasi-impossibilité d'obtenir des guérisons pour le retard à l'internement.

Alors, on n'a pas le droit de dire que l'assistance des aliénés et leur traitement après 11 mois de maladie est un leurre, un trompe l'œil, une mesure sociale inefficace parce qu'elle conduit trop souvent à l'incurabilité, à l'augmentation du stock des assistés et à l'encombrement des asiles.

M. Giraud ne croit pas qu'il y ait intérêt à demander deux certificats médicaux pour l'admission d'un malade faisant l'objet d'un placement volontaire. Ce danger d'un certificat

unique est une erreur de diagnostic ; ce qu'il faut examiner c'est la compétence du médecin certificateur, et on peut exiger des études spéciales, comme on tend à le demander pour les expertises. M. Garnier a exposé la nécessité d'établissements pour aliénés délinquants. Il faut distinguer, car à côté des aliénés vraiment dangereux se trouvent des malades victimes d'une erreur judiciaire sur lesquelles M. Garnier a appelé l'attention du Congrès d'Anthropologie criminelle de Bruxelles et pour lesquels il n'est pas besoin de mesures spéciales. M. Giraud termine en disant qu'il a été heureux de lire le chapitre du rapport concluant à la nécessité d'un patronage des aliénés convalescents; il est non moins heureux d'annoncer au Congrès que l'essai de patronage tenté en Seine-Inférieure depuis 1889 est en pleine réussite.

M. Marie. — Au risque de tomber dans des redites, après la note de M Taty, je pense qu'on ne saurait trop insister sur cette question vitale de la distinction entre aliénés aigus et chroniques. Elle seule donnera la solution de la situation actuelle intolérable des médecins d'asiles écrasés par des contingents de 5 à 600 malades, dont les 3/4 échappent à toute action thérapeutique spéciale par leur état de chronicité qui les voue à une incurabilité fatale, et par l'impossibilité où est le médecin de les connaître. Noyés parmi ces chroniques, les aigus curables eux-mêmes en souffrent. Il faut donc éliminer les chroniques, je ne dis pas incurables; pour ce faire, la colonisation agricole est insuffisante. Aucun moyen d'assistance ne saurait être repoussé et la colonie familiale répond à des catégories de malades très distinctes de celles que l'on pourrait éliminer par la colonisation agricole. Quant à l'exclusion de ces chroniques éliminées de la loi d'assistance et du budget des aliénés, ce serait une mesure étroite et funeste. La loi de 1838 est une loi de protection à l'action tutélaire de laquelle nos malades ont droit ; d'ailleurs, les *éléments* sont de catégories très diverses et le passage à l'asile est un principe emprunté à l'Ecosse qu'on doit énergiquement maintenir. L'aliéniste seul doit juger de ces questions de diagnostic de psychoses tardives, de démence simple ou de combinaison des deux.

A l'appui de la distinction nécessaire des maladies en aiguës et chroniques avec établissements d'assistance différents, on peut citer les statistiques sans réplique de Letcheworth (Congrès de Denver, 1892), le pourcentage des guérisons d'un asile ou aiguës et chroniques sont mêlés, est moindre que la moyenne combinée d'un asile d'aiguës et d'une colonie de chroniques bien organisée. L'action déprimante de l'asile pour certains chroniques qui n'ont plus à y recevoir de traitement sérieux est démontré par l'*asylum dementia* décrit par les auteurs anglais et le réveil des malades replacés en un milieu familial normal après évacuation de l'asile. Enfin, les préventions contre le placement familial doivent tomber après l'expérience faite en France depuis 4 ans sur 500 malades, l'expérience de l'Ecosse depuis 1863 (2,000 malades) et les essais analogues de Liernieux, Ekaterniolon, etc.

En Angleterre, le principe est si bien adopté, qu'on l'applique même à la sortie conditionnelle des aliénés criminels et dangereux.

M. Paris. — A propos d'observations de malades violées et enceintes guéries d'un accès d'aliénation consécutif avant l'accouchement, estime qu'il y aurait quelque chose à faire pour mettre le médecin en situation de respecter à la fois et la loi et les prescriptions humanitaires ou sociales de sa conscience. Peut-être y aurait-il lieu de formuler le vœu que la loi qui régit les aliénés soit complétée par un article à peu près ainsi conçu :

Toute personne guérie d'un accès d'aliénation mentale qui demande à prolonger *momentanément* son séjour dans un asile jusqu'à sa guérison d'une maladie physique transmissible ou en raison d'un état passager qu'elle aurait intérêt à cacher ou pour lequel le secret médical peut être engagé, peut, après avis motivé d'un médecin soumis d'une façon strictement confidentielle au Préfet et au Procureur de la République, être retenue dans l'établissement.

M. Delmas, après avoir fait l'éloge mérité du remarquable rapport de M. Garnier, s'appesantit sur les points suivants : Pour lui, non seulement tous les mélancoliques ne doivent pas être internés, ainsi que le reconnaît le rapporteur, mais il en est de même de certains états aigus dans lesquels une guérison rapide permet au malade d'échapper à la déchéance morale qu'implique toujours le séjour dans un asile. Il cite à l'appui deux exemples : une manie alcoolique aiguë guérie au bout de huit jours et un cas d'hystérie grave avec tentatives réitérées de suicide guérie en six semaines. Bien d'autres exemples pourraient être cités par lui. De même les mélancoliques simples se trouvent mieux au milieu de simples nerveux non obsédés eux-mêmes que parmi leurs pareils, car ces derniers, tous égoïstes mentaux, se complaisant dans leurs idées malades, ne se prêtent aucun secours mutuel. D'où la conclusion à ses yeux, qu'il y a lieu de créer des annexes où les malades seraient mis en observation et traitement temporaires avant de conclure à l'internement légal. Le second point développé par M. Delmas est le suivant : Invoquant les progrès remarquables dus à la spécialisation dans la chirurgie générale (Médecine et Chirurgie), il estime qu'il en sera de même en médecine mentale le jour où l'on affectera des asiles ou des services spéciaux et distincts aux états aigus et chroniques et qu'on séparera ces services distincts de ceux des idiots-épileptiques-dégénérés et de ceux des chroniques cérébraux simples. Il cite à l'appui l'exemple brillant de l'Ecole de la Salpêtrière et les beaux résultats obtenus à Bicêtre par M. Bourneville chez les idiots, les épileptiques et les simples dégénérés. Enfin il applaudit au projet de créer des asiles spéciaux pour les aliénés criminels n'ayant aucune désignation infamante et permettant par l'ampleur de leur organisation de garder ces aliénés incurables mêmes jusqu'à leur mort malgré leur apparence de guérison.

M. le Dr Rouby lit un mémoire sur l'*internement des aliénés en Angleterre*; il expose, en premier lieu, qu'il existe en Angleterre des pensionnaires libres, c'est-à-dire des aliénés qui ont été admis sans apporter avec eux ni certificat de médecin, ni demande d'un parent, ni pièce officielle quelconque; ils y sont entrés par l'effet seul de leur volonté; un homme, ancien aliéné se promenant dans Londres, se sentit tout à coup envahir par une impulsion homicide; il héla le cocher d'une voiture et se fait conduire dans l'asile où il est reçu sans certificats. Dans l hôpital de Bethléem qui renferme 266 malades environ, la proportion des pensionnaires libres est considérable; 54 pensionnaires en 1894 étaient entrés librement. Cette disposition des pensionnaires libres a donc fait ses preuves. En France, tout le monde est d'accord pour l'admettre ; les divers rapporteurs des nouveaux projets de loi l'ont acceptée et inscrit comme article de loi, sans attendre le vote de la nouvelle loi; on pourrait demander aux pouvoirs publics de voter un article de loi à ce sujet. Dans une seconde partie relative à la substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative pour l'internement, le Dr Rouby raconte que les médecins anglais trouvent des inconvénients sérieux à l'application de cette loi; le Dr Smith Percy a publié une brochure contenant un grand nombre de faits relatifs à l'entrée des malades pour montrer tous les ennuis apportés aux parents, aux médecins et aux malades eux-mêmes, par l'application de la loi nouvelle; il ajoute que l'expérience a démontré en Angleterre, qu'il y avait parmi les magistrats, beaucoup de négligence et une grande incapacité et que si les années suivantes, l'insuffisance et la pénurie volontaire des juges restaient les mêmes, il serait difficile de ne pas tourner la loi, sans manquer à tout sentiment humain. — Au sujet de la vie des aliénés dans les asiles et des agréments dont on peut les entourer, le Dr Rouby croit que, sauf quelques rares exceptions concernant des maniaques aigus, on peut entourer les malades de tout le confortable et de tout le luxe dont ils jouissent dans leur famille; de plus, qu'on peut permettre aux familles de vivre avec leurs malades des journées entières, de les faire sortir au dehors de la maison de santé, mais qu'il ne faut pas permettre aux alcooliques et à certains hallucinés qui réclament résolument leur sortie, de voir trop souvent leurs parents, le départ des parents amenant des scènes d'exaspération et de violence et l exacerbation des symptômes de folie. Au lieu d'admettre comme M. Marandon de Monthyel les visites à volonté pour tous, il ne faut admettre la chose que pour certains malades, le plus grand nombre et en exclure les autres. Enfin, au sujet du traitement des alcooliques-aliénés, le Dr Rouby dit que pour obtenir

la cure radicale, ce n'est pas seulement trois ou même six, mais d'internement qui sont nécessaires, mais au moins *une* ou même *deux* années, mais que dans l'état actuel des choses ce traitement est impossible et qu'on ne peut faire un abstinent d'un dipsomane, tant que les magistrats pourront accorder la sortie à ces pauvres malheureux lorsqu'ils demanderont à sortir par la voie du tribunal; que par conséquent, l'hôpital des ivrognes de Ville-Evrard sera inutile tant qu'une n ouvelle loi ne permettra pas d'interner les dipsomanes le temps nécessaire.

M. Bourneville. — La question que nous discutons est l'une des plus importantes de l'assistance et du traitement des malades aliénés. L'*internement* ou mieux le *placement des aliénés* dans les asiles s'impose dans la grande majorité des cas. Pour les malades pauvres ou peu aisées, elle est presque toujours indispensable.

Cet internement doit se faire aussi près que possible du début de la folie,car, pour elle,comme pour toutes les autres maladies, les chances de guérison sont, on ne saurait trop le répéter, d'autant plus grandes que l'intervention médicale est plus rapide. Pour nous, médecins, c'est une vérité banale. Mais il n'en est pas de même pour les familles, il n'en est pas de même pour les Conseils généraux et pour les Administrations départementales.

Il faut que les Conseils généraux et les préfets sachent que ce placement précoce réalise une économie pour les finances de l'Assistance publique, en permettant de guérir un plus grand nombre de malades; que, plus le placement est retardé, moins il y a de chances de guérison; que le malade, dont le placement n'est accordé que tardivement, devient souvent incurable et reste alors pendant de longues années à la charge du département. M. Pierret, dans le temps, et plusieurs des orateurs qui m'ont précédé, en ont bien exposé les raisons. Nous n'avons pas à revenir sur les motifs qui militent en faveur de l'isolement, qui justifient cette grave mesure si douloureuse pour les familles. Nous voterons donc les deux premières conclusions du rapport.

La loi distingue deux sortes de placements : les *placements d'office* et les *placements volontaires*.

Les *placements d'office* entraînent des formalités souvent longues, sauf dans les cas de péril public, évident pour tous et nombre de préfets ont trop de tendance à attendre la production d'un fait grave.

Les *placements volontaires* peuvent, au contraire,être effectués d'urgence. Malheureusement les maires, les conseils généraux, les Préfets n'en veulent guère entendre parler. A Paris, les placements volontaires deviennent de plus en plus nombreux, bien qu'ils ne le soient pas autant qu'ils le devraient, parce que les familles ne sont pas renseignées, parce que beaucoup de médecins ignorent qu'ils peuvent envoyer directement les malades aux asiles comme à l'hôpital, les prescriptions légales accomplies.

M. Garnier a fait au sujet des *certificats* des médecins, indispensables pour le placement, des remarques judicieuses. J'ai fait copier un certain nombre d'entre eux, que je me propose de publier et de commenter, en les comparant à ce qu'ils devraient être, s'ils étaient conformes aux prescriptions de la loi.

Si vous voulez rapprocher l'asile de l'hôpital, si vous voulez rapprocher les aliénés des malades ordinaires, il faut rendre les placements faciles, prompts, comme pour l'hôpital. Alors moins de résistance des familles, moins de résistance des malades, puisque l'idée de *Maison de santé* aura remplacé l'idée de prison, l'idée de Bastille moderne.

Par conséquent, il faut écarter l'intervention de la magistrature, la formalité du jugement qu'on avait voulu faire intervenir. J'accepte les conclusions XIII et XV de M. P. Garnier qui répondent à cette partie de ma discussion.

L'intervention de la magistrature, après le placement, par suite des nombreuses garanties exigées par la loi du 30 juin 1838 : visite du préfet ou de son délégué, ou du délégué du ministre de l'Intérieur; visite du maire de la commune, du juge de paix du canton, du procureur de la République. Malheureusement, ces sages prescriptions de la loi ne sont pas remplies. Ainsi, dans notre service, nous n'avons jamais vu que la Commission de surveillance et la Commission d'assistance du Conseil général, accompagnées des représentants du préfet. Maire, juge de paix, procureur, sont demeurés invisibles. Dès lors que les difficultés de l'admission sont levées, que le malade est en mesure d'être soigné, j'attache moins d'importance aux formalités ultérieures. Il m'importe peu que la magistrature intervienne. Dans la pratique, si son intervention est facile et peu coûteuse dans certains départements, il n'en serait plus de même à Paris, Lyon, Marseille, etc.,où il y a des placements quotidiens, nombreux ; d'où, des difficultés et des dépenses, et ces dépenses seraient mieux appliquées à l'amélioration du sort des malades qu'à payer de nouveaux magistrats.

Sur ce point, M. Garnier a bien fait de rappeler ce que disait à la Chambre des députés, le 6 janvier 1837, M. de Gasparin, ministre de l'Intérieur : « Les mesures de précaution relatives à l'isolement des aliénés demandent ordinairement une extrême célérité, une prudence, une discrétion qui se concilient difficilement avec la lenteur et la solennité des formes judiciaires et qui sont faciles et naturelles aux opérations administratives. »

Le placement est décidé. Il convient que le malade soit envoyé *directement à l'asile*. Il en est ainsi dans un certain nombre de départements. Dans d'autres, il n'en est pas de même, et nous avons le regret de dire que le département de Meurthe-et-Moselle fait partie de ce dernier groupe. Les aliénés de ce département sont conduits à la Maison départementale de secours Ils sont placés, les aliénés aux vénériens, les aliénées aux vénériennes. C'est un reste de l'ancien état barbare, où aliénés, vénériens et filles-mères étaient considérés comme des criminels, des gens en dehors de l'humanité, ne méritant ni soins, ni pitié.

Ce mélange des aliénés avec les vénériens a de multiples inconvénients. Parmi ces derniers, il en est qui s'amusent des fous : c'est pour eux un sujet de distraction. On nous a raconté que certains s'amusaient à doucher les aliénés au visage avec l'irrigateur. C'est une réminiscence des *douches de punition*, qui ont été de mode trop longtemps, mais qui, nous osons l'espérer, n'existent plus dans aucun de nos asiles et auxquelles certainement n'a recours aucun des membres du Congrès.

Lorsque, dans cette Maison départementale, les aliénés sont agités, parlent, crient, comme ils sont dans le même dortoir que les vénériens qu'ils gênent, dont ils troublent le repos, on peut se demander ce qui arrive.

Et ce séjour se prolonge, nous a-t-on assuré, 3, 4, 15 jours et même davantage. Nous ne saurions donc trop insister pour que l'administration supérieure veille à l'exécution de ses circulaires, qui prescrivent l'envoi direct à l'asile.

Quant aux aliénés arrêtés sur la voie publique, soit qu'on les considère comme vagabonds, comme errants, ou qu'on les suppose ivrognes, la situation qui leur est faite dans la plupart des villes, et entre autres à Nancy, est vraiment déplorable. On les conduit au *violon*. Ces violons sont faits pour aggraver la folie et pour propager les maladies contagieuses. Aussi, devrait-on réclamer, au point de vue de l'humanité et de l'hygiène publique, une organisation de ces dépôts dans les conditions qu'exige l'hygiène.

Nous sommes d'accord pour réclamer le placement à l'Asile. Alors, un devoir s'impose : cet internement doit être bénéficiable au malade. Nos asiles doivent être le moyen de traitement par excellence. Pour cela, le nombre des malades de ces établissements, celui de chaque service doivent être limités. Dans beaucoup d'asiles, le nombre des médecins, par rapport à la population des malades, est beaucoup trop limité, ce qui rend tout traitement sérieux très difficile. Il en est ainsi dans plusieurs asiles de la Seine, par exemple à Villejuif, où il n'y a que deux médecins en chef et deux médecins adjoints pour 1,500 malades et quelquefois davantage. Il en est ainsi à Maréville, où pour 1,700 aliénés il n'y a que deux médecins en chef. L'organisation des asiles doit être essentiellement médicale, comme cela existe dans beaucoup de pays étrangers, Angleterre, Etats-Unis, Allemagne, etc.

Pour justifier l'internement, il ne faut pas créer de grandes *renfermeries* comme Maréville, comme Villejuif. Il ne faut pas

d'*encombrement* qui jette le désordre, rend inutile tous les traitements, diminue dans des proportions considérables le nombre des guérisons : c'est ce qui a lieu dans la Seine.

L'*encombrement* entraîne à sa suite les mauvais traitements, l'emploi de la camisole, des entraves, des liens de toute sorte, ce qui habitue les gardiens et les gardiennes à la dureté envers les malades. Alors le véritable isolement, l'isolement médical, n'est pas réalisé. L'internement n'est plus une mesure d'assistance : c'est une mesure de police, une mesure de répression. Les aliénés, dans ces conditions, sont moins bien traités que les criminels. Et, contre ces pratiques, nous, les défenseurs nés des malades, nous ne saurions trop protester. Ces considérations visent les conclusions IV, V, VIII et IX du rapport de M. Garnier, auxquelles nous nous associons.

Dans son compendieux rapport, M. Garnier s'écartant quelque peu de la question principale, s'occupe des *asiles pour les aliénés criminels*, des *asiles pour les incurables*, des *asiles d'alcooliques*, des *sociétés de patronage* et des *séquestrations arbitraires*.

En ce qui concerne les *asiles* pour les aliénés dits *criminels*, il y a une confusion dans l'esprit de beaucoup de personnes. Il convient de distinguer : 1° Les criminels devenus aliénés ; 2° Les aliénés dits criminels.

Pour les criminels devenus aliénés, il faut des quartiers spéciaux. Il en existe pour les hommes à Gaillon ; il n'y en a pas, croyons-nous, pour les femmes. Il faudrait en créer un, multiplier même ces quartiers, si cela est nécessaire. Nous sommes tous d'accord sur leur utilité.

En ce qui concerne les aliénés dits criminels, c'est-à-dire qui n'ont jamais eu de condamnation, mais ont commis un acte réputé criminel sous l'influence de leur délire, ce sont des malades ; il faut les placer dans les asiles, en prenant les précautions que nécessite la forme particulière de leur délire. C'est là une question spéciale, difficile à traiter incidemment, et qu'il conviendrait de mettre de nouveau à l'ordre du jour des futurs Congrès. Je laisserai aussi de côté la question des *asiles d'incurables*. Elle aussi pourrait faire l'objet d'un rapport et d'une discussion générale.

Quant aux *asiles d'alcooliques*, il en a été longuement parlé au Congrès de Clermont-Ferrand. Cette question a été posée peut-être prématurément. Il est indispensable, en effet, d'obtenir au préalable une loi qui permette l'internement des ivrognes de profession et le prolongement de l'internement pour les alcooliques délirants, dont les troubles intellectuels ont disparu.

On s'est agité beaucoup, autour de cette question, et on a perdu de vue une réforme, à notre avis, plus urgente ; la création d'asiles pour l'ensemble des aliénés, dont les aliénés alcooliques. Les aliénés devraient passer avant les ivrognes, avant les criminels.

Il nous paraît inutile de revenir sur les *Sociétés de patronages* qui ont été l'objet d'une discussion intéressante, sur le rapport de notre collègue, M. Giraud, dans l'un des précédents congrès. Je me contenterai de rappeler que c'est à Maréville qu'a été fondée, en 1848, grâce aux efforts de Morel, la troisième Société de patronage qui continue de fonctionner.

Quant aux *séquestrations illégales*, nous nous bornons à faire remarquer qu'elles sont impossibles dans les asiles *publics*. C'est ailleurs qu'il faut en chercher des exemples, entre autres dans certains couvents. Tout le monde se rappelle l'histoire récente d'un commissaire de police, qui se débarrassa de sa femme en l'internant dans un couvent de Caen.

En résumé : 1° Nécessité du *placement immédiat* des aliénés dans les asiles ; — 2° envoi direct des malades à l'asile ; — 3° organisation des asiles de manière à justifier l'internement, c'est-à-dire en vue du traitement, partant *désencombrement* ; — 4° limitation du nombre des malades pour chaque médecin ; — 5° personnel secondaire instruit professionnellement ; sociétés de patronage pour aider le malade guéri ou amélioré, pour éviter des rechutes et partant des dépenses nouvelles.

Nous, médecins, je le redis, nous sommes, je crois, unanimes sur tous ces points. Il faut profiter de l'occasion que nous fournissent les congrès pour propager ces idées, faire pénétrer nos convictions sur la nécessité de ces réformes qui n'ont pour but que le bien des malades et qui sont au bénéfice des finances départementales, dans l'esprit des membres des commissions de surveillance, des membres des conseils généraux et des préfets.

— Nous donnerons la fin de cette discussion dans notre prochain numéro. A. MARIE.

VARIA

Le Service médical de l'Exposition de 1900.

Nous apprenons que, parmi les membres de la commission qui a été appelée à juger en dernier ressort notre projet des Prompts-Secours pour l'Exposition de 1900 se trouvaient : MM. les Prs Brouardel, Proust, Berger et Le Dentu, et M. le Dr Peyron. On remarquera — non sans surprise — l'absence du Pr F. Terrier, dont la compétence en ces matières est cependant universellement reconnue. On avait peut-être, en effet, quelque raison pour ne pas le convoquer ; aussi n'y a-t-on pas manqué. Le Conseil municipal a fait précisément le contraire. Qui des deux a eu raison, de M. Strauss ou de M. Picard ? La statistique des chantiers de l'Exposition de 1900 se chargera de le prouver, comme celle de 1889.

Nous lisons, par contre, dans le *Concours médical* du 25 juillet dernier, sous la signature de notre confrère et ami, M. le Dr Cézilly, et sous le titre : *L'initiative médicale en France*, l'entrefilet suivant : « Notre collègue, M. le Dr Marcel Baudouin, est parvenu à faire adopter, par le *Conseil municipal*, un moyen de réaliser sa proposition déjà ancienne d'un *service de prompt secours*. Il l'avait conçue d'abord à propos des travaux de l'Exposition de 1900 travaux fertiles en accidents. Il avait préparé, à l'appui de son ingénieuse conception, plans et devis ; indiqué les voies et moyens, démontré qu'il n'y aurait pas de frais sérieux ; il avait ensuite proposé l'exécution aux dignitaires de l'Exposition. Nous avions cru pouvoir appuyer notre collègue, et on nous avait répondu, comme à lui : oui, c'est très bien, c'est très ingénieux, pratique, acceptable. Mais alors, où caserons-nous les deux ou trois cents quémandeurs de situations médicales, qui visent la future récompense ? Il fallut y renoncer. »

C'est parfaitement ainsi, en effet, que les choses se sont passées, C'était bien la peine alors de nommer une Commission Compétente !

NÉCROLOGIE.

M. le Dr Armand DESPRÉS (de Paris).

Le corps des chirurgiens des hôpitaux de Paris vient de perdre un de ses membres les plus connus et à coup sûr la plus paradoxale de ses intelligences, en la personne d'Armand DESPRÉS, qui a succombé la semaine dernière à Interlaken (Suisse), où il se trouvait depuis quelques jours en villégiature. Ce médecin succombe aux atteintes d'une affection chronique, à l'âge de soixante-deux ans, à la veille de quitter son service hospitalier.

Fils d'un chirurgien de Bicêtre, qui fut lui-même praticien distingué, filleul d'Armand Carrel, qui lui donna sans doute avec son prénom un peu de son meilleur esprit. A. Després était un Parisien de Paris, où il était né le 13 avril 1834, un pur sang de faubourg, excellemment doué, le type intellectuel du vrai gamin du boulevard Et, malgré la grave profession qu'il embrassa, l'incorrigible jeune homme porta toujours la marque originelle.

Il fit toutes ses études à notre Faculté de Médecine. D'abord interne des hôpitaux de Paris en 1857 (promotion de Dujardin-Beaumetz, Tillaux et Raymond), puis docteur en médecine, en 1863, avec une thèse *sur le diagnostic des tumeurs des testicules* (Par., n° 233), il fut reçu agrégé de chirurgie à son second concours en 1866, avec une thèse *sur la hernie crurale* en 1863, et une autre *sur les tumeurs des muscles* en 1866. Chirurgien du Bureau central en 1864, nous le trouvons à Sainte-Périne en 1865 ; en 1866, il est à Lourcine, où il reste jusqu'après la guerre ; il passe en 1872 à Cochin. Dès Lourcine, il devient célèbre, dans le corps médical, en inventant un nouveau procédé pour guérir les malheureuses syphilitiques : au lieu de mercure, il leur administre du cachot. D'où une vive discussion à la Société de Chirurgie, où, dès cette époque, il ne joua qu'un rôle piteux. A Cochin, autre aventure. Il entre ouvertement en lutte avec l'Administration pour faire disparaître des billets de salle la mention de la religion des malades.

Pendant la guerre, Després prit du service et fut chef d'une ambulance à l'armée de la Loire; il sauva ses malades de la captivité après la bataille de Beaune-la-Rolande et pour ce fait fut plus tard nommé chevalier de la Légion d'Honneur (1871). Il avait d'ailleurs été arrêté dans les derniers jours de la Commune et avait été sauvé par l'intervention de Raoul Rigault.

De Cochin, il passa à la Charité, où il a acquis sa juste réputation de chirurgien « sale », et de dernier grand prêtre du cataplasme. Il faut avouer que, pour cette spécialité, sa renommée a été unique et universelle.

Après avoir écrit de bonne heure dans divers journaux de médecine, et en particulier à la *Gazette des Hôpitaux*, avec une verve et un souffle très remarqués, le 1er janvier 1874, Després devint un véritable journaliste : il n'aurait jamais dû avoir d'autre profession. Il prit la rédaction en chef de la *France médicale*, qui plus tard passa en des mains moins terribles. En quittant la Presse, Després a dit : « On commence par le Journalisme, on ne finit jamais par lui », transformant un mot célèbre. Or son parrain avait déjà prouvé le contraire. On reconnaît bien là Després...

Il voulut goûter enfin à la politique, car il était taillé pour entrer dans la lice, et fut nommé d'abord conseiller municipal du quartier de l'Odéon. Mais déjà il s'était signalé par sa campagne féroce contre la laïcisation des hôpitaux, menée à bien par notre rédacteur en chef, M. Bourneville. Il se vantait d'être républicain, voire même libre-penseur et athée, et il désirait ardemment avoir, autour de lui, les blanches cornettes des jolies sœurs des pauvres! Il serait déplacé de revenir aujourd'hui sur ces luttes homériques, sur les lettres dont Després inonda la presse pour la défense d'une cause à jamais perdue. N'accablons pas les vaincus, alors même que dans la bataille ils se sont parfois servis d'armes moins que courtoises.



M. le Dr A. Després (de Paris).

Malgré ses allures d'indépendance, il resta toujours un de nos représentants les plus modérés. Aussi les électeurs du VIe arrondissement l'envoyèrent-ils siéger en 1889 à la Chambre des Députés. Il se représenta à nouveau aux élections d'août 1893, mais échoua cette fois de 70 voix contre son concurrent radical-socialiste, M. Pétrot. Il comptait bien en 1898 retrouver les électeurs modérés qui, en 1893, l'avaient abandonné pour prendre leurs vacances; mais la mort l'a frappé avant qu'il ait pu prendre sa revanche. Il fut très peiné de cet échec. Pourtant il n'avait pas obtenu au Palais-Bourbon un plus brillant succès qu'à l'Hôtel de Ville. On n'avait pas confiance en ses déclarations, devinant très bien ce qu'il pensait réellement lui-même. On se rappelle qu'il interpella Constans pour le renvoi des sœurs et on connait le résultat de cette attaque. Il questionna plus tard le Ministère Loubet sur sa capitulation devant l'émeute de Carmaux et fut à peine écouté, malgré sa fougue et son ardeur.

Le rôle que Després a joué comme chirurgien est encore moins remarquable. S'il avait vécu aux Etats-Unis, et même en Allemagne, il est probable que ses théories fantastiques sur l'art de guérir l'aurait mené jusque sur les bancs de la justice. Il fait parfois bon vivre en France...

Pour lui, en effet, a dit un de nos amis, la chirurgie était restée comme stationnaire depuis 1868 et l'antisepsie, telle que nous l'entendons aujourd'hui, cette découverte sublime qui fait et fera la gloire de notre siècle, était lettre morte au premier chef. Jamais, en effet, quelque argument qu'on employât auprès de lui ou quelque statistique qu'on lui soumit, Després ne consentit à faire l'emploi dans son service des pansements phéniqués. Ses luttes à ce sujet avec ses collègues de la Société de Chirurgie et en particulier avec MM. Lucas-Championnière et Terrier, avec l'Administration de l'Assistance publique, sont connues de tous et sont restées légendaires. En dépit de tout, maître absolu dans son service, disait-il, Després ne consentit jamais à transiger et appliqua jusqu'à la fin, *sur ses malades*, les idées qu'il défendait avec une verve et une passion incroyables. Il est vrai que, pour les siens, il ne dédaignait pas de recourir, le cas échéant, aux méthodes modernes. Ce qui constitue, on l'avouera, une manière bizarre de raisonner et de comprendre ses devoirs.

On a écrit que Després était un opérateur de large envergure, posé, précis, rappelant la manière de ses principaux chefs, Nélaton et surtout Jobert de Lamballe, incarnant les traditions des vieux maîtres, *tuto, cito et jucunde.* On a un peu exagéré, à moins que l'art chirurgical ne consiste qu'en amputations ou ouvertures d'abcès...

Par contre, son esprit, sa parole facile, pittoresque et nourrie d'historiettes, plus ou moins dramatisées, amusa toujours les élèves au lit des malades ou à la consultation. Mais, malgré sa réputation de clinicien habile, plus d'un de ses diagnostics auraient eu besoin d'être vérifiés à l'autopsie ou sous le bistouri.

En médecine, même manière de procéder. On connaît son dédain pour le mercure. De plus, il se vantait de n'être pas partisan de la vaccination : ce qui ne l'empêcha pas de faire vacciner ses enfants, sans doute par esprit de contradiction... Mais n'insistons pas plus longtemps, pour laisser uniquement le lecteur sous l'impression des « cataplasmes vermineux et des pansements préhistoriques, évoquant réellement des souvenirs archaïques », la véritable caractéristique du chirurgien de la Charité!

Ses principales publications sont les suivantes :

Traité de l'Erysipèle (223 p., 1862). — *Traité du Diagnostic des maladies chirurgicales et du Diagnostic des tumeurs* (Delahaye, 1868). — *De la peine de mort au point de vue physiologique*, 1870. — *Traité iconographique de l'ulcération et des ulcères du col de l'utérus*, 128 p., 1870. — *Traité théorique et pratique de la syphilis*, Baillière, 1873. — *La Chirurgie journalière*, (Leçons de clinique professées à l'Hôpital Cochin et à la Charité), Baillière, 1877, 689 p.

Il faut citer aussi sa collaboration au *Dict. de Méd.* de Bouchut.

D'un talent en réalité modeste, quoiqu'on ait dit, mais plein d'esprit; bon par boutades, mais mordant par plaisir, il fut, dans l'intimité, un homme excellent, et, dans le monde, un caractère impossible. En somme, il poussa trop loin, oubliant que, simple mortel, il vivait sur la terre, l'amour de l'indépendance: ce qui lui fit commettre les pires des bévues. Cet homme, qui refusa de s'incliner devant la Raison elle-même, fut un capricieux, parce qu'il était en réalité un impuissant! Malgré de brillantes qualités, superficielles d'ailleurs (il dessinait, chantait, etc.), comme il ne pouvait rien extraire de son fond usé, il prit le parti d'être constamment d'un avis opposé à la majorité et se fit ainsi une réputation précoce et méritée d'originalité. Combien, dans notre monde, qui sont des Després en herbe, qu'on entend exprimer les opinions les plus incohérentes, se plaisent à étonner et à détonner par leurs paradoxes! Nouveaux sophistes, ils plaident le pour ou le contre, affirmant l'absurde, pour ne pas plier devant la raison elle-même! Després

fut le type de ces capricieux, dont le défaut reste non compensé par de féconds et solides qualités naturelles.

Ce qui ne l'empêcha pas d'être un orateur écouté pour ses saillies et la vivacité de sa parole. A l'une des séances du Conseil municipal, un socialiste demandait à un radical ce qu'il fallait entendre par ce terme. Notre chirurgien répondit sans coup férir : « Radical, ça vient de radis : rouge au dehors, blanc en dedans ! » C'était très parisien, mais ne fit plaisir à personne.

D'ailleurs, Després était si incohérent qu'il l'a été même après sa mort. Franc-maçon, matérialiste et athée (il le répétait sans cesse et ce n'était probablement pas exact), il est mort avec les saints sacrements, et son enterrement religieux a eu lieu à l'église Saint-Germain-des-Prés ! Sans doute parce que, dans ce sacré sanctuaire, il y avait déjà un : Des-Près; et pour qu'un journaliste puisse faire sourire à sa mort !!

Voilà ce que fut Després, y compris le mot de fin, qu'il doit apprécier au Paradis ! Tout cela est évidemment macabre, mais terriblement vrai. On est toujours puni par où l'on a péché ! Marcel BAUDOUIN.

M. le Dr Edouard NICAISE (de Paris).

M. le Dr NICAISE (Edouard), qui vient de succomber à une congestion pulmonaire aiguë, qu'explique suffisamment l'état de santé très précaire dans lequel se trouvait depuis longtemps ce chirurgien distingué, est né le 10 mai 1838, à Port-à-Binson, village de la Marne. Il commença ses études médicales à l'École de Reims et fut nommé externe de l'hôpital de cette ville au concours de 1859. L'année suivante, il vint à Paris ; il fut reçu externe au concours de 1860, interne au concours de 1862 et docteur en 1866 (*Des lésions de l'intestin dans les hernies*).

Peu après sa réception au doctorat, le choléra, qui avait débuté à Amiens vers la fin de mai, redoublant d'intensité, la municipalité de cette ville demanda à l'administration de l'Assistance publique de lui envoyer quelques-uns de ses internes. Trois départs se succédèrent à quelques jours de distance. M. Nicaise, arrivé au commencement de juillet, prodigua, pendant six semaines, ses soins aux cholériques d'Amiens. A peine de retour, en septembre, le choléra ayant envahi diverses localités du département de la Nièvre, il accepta avec empressement l'offre qui lui était faite de se rendre dans les communes infectées, comme nous l'avons raconté déjà (1). Pendant la guerre de 1870-71, M. Nicaise fut chirurgien des ambulances de la presse.

M. Nicaise concourut une première fois, en 1869, à l'agrégation de chirurgie (*Diagnostic des maladies de la hanche*) et la seconde fois, avec succès, en 1872, sa très intéressante thèse avait pour titre : *Des plaies et de la ligature des veines*.

Nommé chirurgien du Bureau central en 1874, après avoir été quatre ans prosecteur à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, M. Nicaise a été successivement attaché comme chirurgien à l'hospice des Incurables (1876), à la maison de retraite des Ménages (1877), à Bicêtre (1878), à Lourcine (1879), enfin à l'hôpital Laënnec où il est resté jusqu'à ce jour. Il représenta ses collègues au Conseil de surveillance de l'Assistance, de 1879 à 1887.

Mentionnons ses cours d'anatomie et de médecine opératoire, à l'Amphithéâtre de Clamart, et ses cours de clinique chirurgicale faits à l'hôpital Laënnec depuis 1880. Il a présidé la Société de Chirurgie en 1890 et la section médicale de l'Association française pour l'avancement des sciences en 1884. Collaborateur du *Dictionnaire des Sciences médicales* et de divers journaux, notamment à la *Gazette médicale*, et a été l'un des fondateurs, en 1877, de la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*. Plus tard (1881), il est devenu l'un des rédacteurs en chef de la *Revue de Chirurgie*.

Ses travaux historiques sur les *Origines de la Chirurgie française* lui font grand honneur; ils l'auraient peut-être conduit à la chaire d'Histoire de la Médecine, si une longue et douloureuse maladie n'était venue le terrasser (2). En effet, en 1890, il a publié une édition de la *Chirurgie de Guy de Chauliac*, puis, successivement, divers travaux sur l'état de la chirurgie au moyen-âge. Enfin, plus récemment, il a donné sous ce titre : *Chirurgie de Maître Henri de Mondeville*, chirurgien de Philippe le Bel, la traduction de l'œuvre du plus ancien auteur français qui ait écrit un traité de chirurgie.

Nous ajouterons que personnellement nous avons toujours été l'un des admirateurs les plus fervents des travaux de ce vaillant soldat de la science historique, et que nous avons toujours suivi avec le plus vif intérêt ses ingrates recherches sur les origines de la chirurgie française. Nicaise était un savant de race, au sens propre du mot, et un praticien très distingué. Son éloge peut tenir en ces quelques mots.



M. le Dr Edouard NICAISE (de Paris).

Il était chevalier de la Légion d'Honneur et avait été élu membre de l'Académie de Médecine en mars 1894 par 57 voix sur 61 votants dans la section de pathologie chirurgicale.

« Homme de progrès, disait jadis de lui notre Rédacteur en chef, Nicaise, dans un rapport administratif, a reconnu la nécessité de l'enseignement professionnel pour le personnel secondaire des hôpitaux, et il a été l'un des premiers à introduire dans les services des hospitaliers les pratiques de l'antisepsie. La droiture de son esprit, l'aménité de son caractère lui avaient conquis toutes les sympathies. »

On trouvera la liste de ses principales publications dans l'article que nous avons publié jadis.

Ses obsèques ont eu lieu lundi dernier et des discours y ont été prononcés par MM. Bergeron, Delens et Delbet.

M. B.

(1) *Progrès Médical*, 1874, t. XIX, nº 13, p. 230.

(2) On sait que M. le Pr Laboulbène doit sous peu en effet prendre sa retraite.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS.— Du dimanche 26 juillet au samedi 1er août 1896, les naissances ont été au nombre de 1 091, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 421 ; illégitimes, 120, Total, 541. — *Sexe féminin* : légitimes, 383; illégitimes, 167. Total, 550.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 26 juillet au samedi 1er août 1896, les décès ont été au nombre de 917, savoir : 499 hommes et 418 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 6, T. 11. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 6, F. 3, T. 9. — Scarlatine : M. 6, F. 4, T. 10.

— Coqueluche : M. 4. F. 0. T. 4. — Diphtérie, Croup : M. 2 F 1, T. 3 — Grippe. M. 0, F 0, T 0. — Phtisie pulmonaire : M 107 F. 54. T. 161 — Méningite tuberculeuse : M. 9 F. 7, T 16 — Autres tuberculoses : M 10 F 7, T 17. — Tumeurs bénignes : M. 0 F. 10 T. 10 — Tumeurs malignes M. 16, F. 25, T. 41. — Méningite simple : M 11, F 10 T 21. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 20, F. 16 T 36 — Paralysie, M. 6, F 3 T. 9. — Ramollissement cérébral M. 5. F 6, T 11. — Maladies organiques du cœur : M 14 F. 28, T. 42 — Bronchite aiguë : M 3, F. 4. T. 7 — Bronchite chronique : M 6, F 3. T 9 — Broncho-pneumonie : M 12 F. 11, T 23. — Pneumonie : M 10. F. 13 T. 23. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M 16, F 16. T. 32 — Gastro-entérite, biberon : M. 70, F. 59 T 129. — Gastro-entérite, sein : M. 13 F 6 T 19. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M 9 F 5 T 14. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M 0, F. 3. T. 3 — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5 T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0 T. 0 — Débilité congénitale : M 15. F. 11. T. 26. — Sénilité : M. 15, F. 25, T. 40 — Suicides : M. 15. F. 7, T. 22 — Autres morts violentes : M 10 F 3, T. 13 — Autres causes de mort : M 83, F 63, T. 146. — Causes restées inconnues : M 1 F 4, T. 5

Mort-nés et morts avant leur inscription : 81, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 23, illégitimes, 17 Total : 40. — *Sexe féminin* : légitimes, 32, illégitimes, 9. Total : 41.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — La chaire d'hygiène est déclarée vacante.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. le Dr PAULY est nommé chef de clinique médicale.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — Un concours s'ouvrira, le 1er février 1897, devant la Faculté de Médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de Médecine de Poitiers.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BESANÇON. — M. MANDEREAU, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1896-1897, d'un cours d'anatomie. — M. PRIEUR, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1896-1897, d'un cours d'histologie.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — *Congrès de Chirurgie. Paris*, 1896. — Dans le cas où l'on aurait une communication à faire au prochain Congrès (19-24 octobre), rappelons que le Conseil d'Administration a fixé, comme l'année dernière, le 15 août comme dernier délai pour la réception du titre et du résumé des communications. Passé cette date, aucune communication ne pourra être reçue par le Conseil. L'envoi du résumé est de rigueur.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIMIE. — Les membres du Congrès international de chimie se sont rendus à Notre-Dame pour rendre un pieux hommage à la mémoire de Pasteur. Après avoir défilé devant la chapelle où repose toujours provisoirement le corps de l'illustre savant, les membres du Congrès, dont les délégués étrangers étaient au grand complet, ont déposé une magnifique couronne de fleurs naturelles, avec, en lettres d'or sur un large ruban violet, l'inscription : « A Pasteur, leur vénéré maître, les membres du 2e Congrès International de Chimie. » Les Congressistes se sont ensuite rendus à l'Institut Pasteur. Ils ont été reçus par le directeur, M. Duclaux, entouré du Dr Roux et de tous ses collaborateurs, qui leur a fait visiter l'Exposition rétrospective des travaux de Pasteur, organisée par les soins de M. Fernbach, chef des travaux. Après avoir assisté à des inoculations antirabiques, les Congressistes se sont rendus à l'Institut de Garches, où, sous la direction du Dr Roux, ils ont visité les écuries qui contiennent les chevaux immunisés contre la diphtérie.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES EN 1897. — Le prochain Congrès des Sociétés savantes s'ouvrira à Paris, à la Sorbonne, le 20 avril 1897.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — *Réserve.* — Nominations au grade de médecin principal : MM. les Drs Gentilhomme et Pichon, médecins principaux des colonies en retraite.

HOPITAUX DE PARIS. — *Isolement des Tuberculeux.* — La Commission instituée près l'Assistance publique, pour étudier la question de l'isolement des tuberculeux demande : 1° la création de quartiers spéciaux pour les tuberculeux ou tout au moins de salles spéciales aménagées suivant les dernières améliorations hygiéniques ; 2° la décentralisation des tuberculeux à la première période, par la création de sanatoria. M. Le ... a demandé la création de colonies de tuberculeux curables en Algérie, en Tunisie et en Corse.

HÔPITAL DE CLERMONT FERRAND. — M. le Dr LEPETIT est nommé, après concours, chirurgien des hôpitaux.

LE CHOLÉRA. — *Egypte.* — Le choléra ravage les avant postes de l'expédition à Souardeh. Il se produit beaucoup de décès parmi les officiers anglais. Le fléau diminue dans les localités situées entre Ouady-Halfa et Kosheh, ainsi que dans toute l'Egypte. — Les statistiques du choléra sont plus rassurantes ces derniers jours. On signale 3 cas et 6 décès parmi les troupes à Souardeh. On signalait récemment pourtant 130 nouveaux cas de choléra et 96 décès dans toute l'Egypte. — La statistique du choléra par jour actuellement donne 170 nouveaux cas et 193 décès, dont 1 au Caire et 7 à Alexandrie.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr DUPORTAL, de Ruffec (Charente). — M. le Dr MONTAZ, professeur de physiologie à l'Ecole de Médecine de Grenoble — M. le Dr RAULIN (de Rennes). — M. le Dr LE BATARD (de Quimper). — M. le Dr R. von FREY, privat-docent de chirurgie à la Faculté allemande de médecine de Prague. — M. le Dr HUN, professeur émérite de déontologie médicale à Albany Medical College. — M. le Dr E.-B. STEVENS, ancien professeur de matière médicale et de thérapeutique au Miama Medical College de Cincinnati. — M. le Dr Juan Manuel ESCALONA, professeur d'anatomie à Cazacaz. — M le Dr José URBANO, ancien professeur de thérapeutique et de médecine légale à la Faculté de Médecine de Caracas — On annonce de Quimper la mort, à l'âge de quatre-vingt-un ans, d'un ferme républicain, M. le Dr LE BATARD, officier de la Légion d'honneur. M. Le Batard était depuis plus de dix-sept ans conseiller du canton de Douarnenez — M. le Dr CASTELLAN (d'Aix), décédé à 66 ans. — M. le Dr Jules-Félicien TEISSIER, médecin, décédé à 71 ans, à Marseille.

Chronique des Hôpitaux

LA MATERNITÉ (119, boulevard de Port-Royal, faubourg Saint-Jacques). — M. le Dr Pierre BUDIN, accoucheur en chef. Enseignement clinique, le jeudi à 9 h. 1/2

HOSPICE DE BICÊTRE — M CHAPUT : Consultations pour les *affections chirurgicales de l'abdomen*. Maladies du tube digestif. Maladies des femmes, tous les lundis, à 10 heures. — *Asile-École des enfants idiots, arriérés et nerveux.* M. BOURNEVILLE reçoit les médecins le *samedi*, à 9 h. 1/2.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Auguste VOISIN. Leçons cliniques tous les jeudis, à 10 heures (section Rambuteau), leçon sur les maladies mentales et nerveuses.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MÉDICAL*

RECHERCHES CLINIQUES & THÉRAPEUTIQUES

SUR

l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie

Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'**année 1895;**

Par BOURNEVILLE

Avec la collaboration de MM. BONCOURT, COMTE, DARDEL, DUBARRY, LERICHE, LOMBARD, J. NOIR, PILLIET, RUEL, SOLLIER et TISSIER internes ou anciens internes du service.

Tome XIV. Un beau volume in-8° de LXXI-254 pages, avec 31 figures et 8 planches hors texte — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCC^{r}), RUE DE RENNES, 71

3e SÉRIE. T. IV. N° 33. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 15 AOUT 1896.

Le Progrès Médical

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Résection du ganglion de Gasser. Arrachement protubérantiel du trijumeau (1);

par le Dr **Paul POIRIER**, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chef des travaux anatomiques de la Faculté, chirurgien des Hôpitaux.

Ayant été appelé à réséquer le ganglion de Gasser sur un malade du service du Pr Raymond, j'ai d'abord étudié et répété sur le cadavre les divers procédés employés jusqu'à ce jour. Après beaucoup de tâtonnements, je suis arrivé à fixer d'une façon précise le manuel de cette opération, que beaucoup de chirurgiens déclarent très difficile, sinon impossible. Après l'avoir répétée 25 fois sur le cadavre, à l'amphithéâtre de l'Ecole pratique, devant les élèves, et dans l'amphithéâtre du Pr Berger sur le vivant, je n'hésite pas à déclarer que, pour un chirurgien tant soit peu anatomiste, la résection du ganglion de Gasser, précédée de l'arrachement protubérantiel du trijumeau, ne présente point de difficulté réelle.

Pour comprendre et exécuter méthodiquement avec sûreté et sécurité ce manuel opératoire, il est indispensable d'avoir bien présents à l'esprit les points principaux de l'anatomie de la région temporale, de la fosse ptérygo-maxillaire ou zygomatique et de l'étage moyen de la base du crâne (*Fig.* 11).



Fig. 11. — Squelette de la région : le pointillé indique le tracé de la résection osseuse. — A. Epine sphénoïde. — B. Trou ovale.

Le procédé auquel je me suis arrêté après un grand nombre d'essais n'a, pour ainsi dire, rien de personnel ni d'original, si ce n'est la succession et la minutieuse description des temps qu'il comprend et modifie quelque peu, les ayant empruntés aux procédés connus de Rose, Horsley, Krause, Doyen, etc.

Toutefois, cette réserve n'est point valable pour ce qui concerne le dégagement du ganglion et l'arrachement du trijumeau, temps derniers dont je n'ai point trouvé la description dans les auteurs que j'ai lus.

PREMIER TEMPS. — *Incision cutanée et dissection du lambeau.* — L'incision commence sur la tubérosité malaire et monte verticalement sur la face génienne de l'os malaire jusqu'à la jonction des apophyses orbitaires du malaire et du frontal ; là, elle se recourbe pour traverser

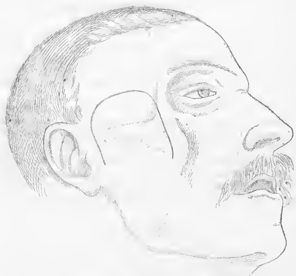


Fig. 12. — Incision cutanée.

horizontalement la région temporale et redescendre verticalement dans le sillon pré-auriculaire jusqu'au tragus (*Fig.* 12). C'est un ∩, dont la branche postérieure descend un peu moins bas que l'antérieure. C'est à peu de chose près l'incision que Salzer conseille pour aller réséquer le maxillaire inférieur dans le trou ovale ; elle en diffère toutefois en ceci que Salzer et ceux qui l'ont imité divisent suivant cette même ligne la peau, l'aponévrose et le muscle temporal.

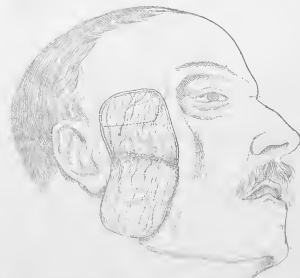


Fig. 13. — Le lambeau cutané disséqué et rabattu : un pointillé indique la ligne de section de l'aponévrose temporale.

Incisez franchement jusqu'à l'os sur le malaire, plus légèrement dans la région temporale et surtout en descendant le sillon préauriculaire, afin de ménager aussi longtemps que possible les vaisseaux temporaux superficiels qui seront coupés, pincés et liés dans l'angle auriculaire du

(1) Communication faite à la Société de Chirurgie, dans la séance du 8 juillet 1896.

lambeau. La dissection du lambeau entame les insertions malaires du grand zygomatique, met à nu l'aponévrose temporale, l'apophyse zygomatique, et, à 1 centimètre au-dessous de celle-ci, les lobules supérieurs de la glande parotide qu'il importe de ménager.

Ne vous inquiétez point, au cours de cette dissection, de la petite hémorrhagie résultant de la section des artères et veines temporales superficielles. C'est, je le répète, au niveau de l'angle auriculaire du lambeau que vous pincerez et lierez ces vaisseaux.

Deuxième temps. — *Résection de l'apophyse zygomatique et de la moitié postérieure du losange malaire.* — Le lambeau ayant été disséqué et rabattu vers l'angle de la mâchoire, incisez, comme Krönlein et Rose, l'aponévrose temporale le long de l'apophyse orbitaire et du zygoma ; seulement, incisez à quelque distance, 2 ou 3 millimètres du rebord osseux, afin de pouvoir recoudre à la fin de votre opération. Achevez bien cette incision en arrière. Là, il vous arrivera de couper la temporale moyenne, que vous lierez ; plus tard, votre muscle temporal saignera moins (*Fig.* 13).

Section du malaire. — Cet os doit être scié suivant son grand axe vertical. A cet effet, engagez de haut en bas la forte sonde cannelée de Nélaton sous l'apophyse orbitaire externe et, grattant avec le bec la face postérieure du malaire, faites émerger ce bec au niveau du tubercule malaire ; un coup de pointe à ce niveau dans l'épaisse insertion tendineuse du masséter facilitera la sortie de la sonde. Sur cette sonde laissée en place, avec la petite scie à main

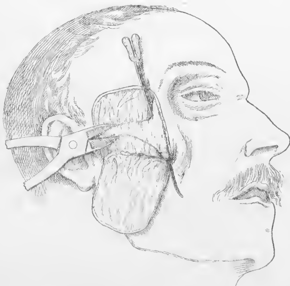


Fig. 14. — Résection de l'arc zygomato-malaire : montre comment la sonde cannelée et la pince coupante doivent être placées.

maintenue perpendiculairement à l'os qu'elle va couper en quelques secondes, sciez l'os malaire : la manœuvre est des plus faciles, puisque la sonde protège les parties sous-jacentes et la peau de la joue. La section du malaire est affaire de quelques secondes si vous vous servez de la petite scie à main, qui se trouve dans toutes les boîtes à opérations ; point n'est besoin de recourir aux scies circulaires que d'aucuns conseillent : évitez surtout la scie à chaîne, instrument dangereux et d'utilité contestable.

Section de l'apophyse zygomatique. — Cette apophyse doit être coupée au niveau du point de jonction de ses deux racines, sur le tubercule zygomatique. Ne perdez point de vue que le trou ovale, vers lequel vous allez, est au bout de la racine transversale, à 35 millimètres environ du tubercule zygomatique (Voir *Fig.* 11).

A la section transversale conseillée par tous, je préfère un trait oblique coupant l'os immédiatement en arrière du tubercule zygomatique, juste en avant du condyle, plus facile à sentir que le tubercule. Pour cette section, l'instrument de choix est la pince coupante (bien qu'elle brise plus qu'elle ne coupe), agissant au lieu dit, presque parallèlement au grand axe de l'apophyse zygomatique. Par ce trait, outre que vous donnez une plus large entrée vers la profondeur, vous obtenez une surface de section double de celle obtenue par un trait transversal, ce qui n'est point à négliger pour la consolidation à venir (*Fig.* 14).

Soyez prévenus que si vous enfoncez trop le bec de votre pince, vous ouvrirez peut-être le compartiment supérieur (ménisco-temporal) de l'articulation temporo-maxillaire. L'accident n'est pas d'importance ; cependant, mieux vaut l'éviter. Un coup du bec de la pince réséquera au besoin une petite pointe osseuse ayant échappé à la pince.

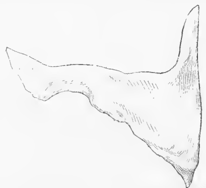


Fig. 15. — L'arc zygomato-malaire réséqué.

L'étendue de la brèche osseuse ainsi obtenue est de 4 centimètres : je viens de la mesurer sur les six derniers sujets utilisés pour fixer et décrire ce manuel opératoire. Sur l'un d'eux, elle n'est que de 35 millimètres, parce que la section du malaire a passé un peu en arrière du grand axe vertical de cet os ; aussi, sur ce sujet, la résection du ganglion a été plus pénible (*Fig.* 15).

Les os étant coupés, il faut rabattre l'arc zygomatique et le masséter. Pour cela, renversez en bas et en dehors l'arc osseux, séparez doucement avec le bec de la sonde cannelée le temporal et le masséter bien souvent continus ; au cours de cette séparation, vous rencontrerez toujours une

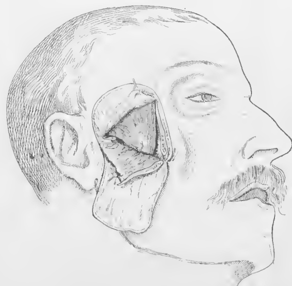


Fig. 16. — L'arc zygomato-malaire et le masséter sont rabattus.

artériole et d'assez grosses veines ; pincez-les, c'est autant de fait et notez, si vous avez le goût de l'anatomie, que ce n'est point l'artère massétérine, laquelle passe plus bas, dans l'échancrure sigmoïde (*Fig.* 16). Poursuivez ce rabattement assez bas pour que le bec de votre sonde puisse bien délimiter la coronoïde, engaînée par le tendon du temporal ; traînez le bec de la sonde sur les bords antérieur et postérieur du temporal ; le long du bord postérieur, vous ren-

contrerez les vaisseaux et nerfs massétérins; en avant, dégagez le bord antérieur de la graisse fluide qui l'entoure ; c'est en bas, vers la joue, qu'il faut rejeter cette graisse, continuation de la boule graisseuse. D'aucuns enlèvent cette graisse, et je l'ai fait une fois, mais à quoi bon ? Repoussée en bas, elle ne vous gênera plus, et plus tard, elle servira à combler la vaste excavation que vous allez creuser.

Troisième temps. — *Section du sommet de la coronoïde et relèvement du temporal; dénudation de la partie inférieure de la fosse temporale.* — Les bords du muscle temporal étant dégagés et l'apophyse coronoïde reconnue, sectionnez à la pince coupante le sommet de cette apophyse. Comme le tendon temporal engaine l'apophyse et descend très bas sur sa face interne, il faut achever au bistouri la section du tendon et des fibres inférieures du temporal. Lorsque le bout inférieur de ce muscle sera bien dégagé, commencez à relever le muscle vers la fosse temporale. Parfois, on éprouve quelque peine à le séparer du ptérygoïdien externe, avec lequel il se continue; le plus souvent, l'interstice des deux muscles est traversé par une



Fig. 17. — Le temporal est relevé et la partie basse de la fosse temporale est dénudée.

artériole et des veinules, et, aussi souvent, par l'artère maxillaire interne elle-même. (Voyez, à ce sujet, l'intéressante thèse de mon élève, Juvara : « Anatomie de la région ptérygo-maxillaire », Paris, 1895.) Dans tous les cas, liez avec soin l'artère et les veinules qui passent dans l'interstice ptérygo-maxillaire. Tant mieux si c'est le tronc même de la maxillaire, le reste de l'opération sera plus facile, la plaie restant presque exsangue (*Fig.* 17).

Ceci fait, relevez le muscle temporal, dénudant avec la rugine la fosse temporale, depuis la crête temporale du sphénoïde jusqu'à deux bons travers de doigt au-dessus. (je désigne sous le nom de *crête du sphénoïde*, crête sous-temporale de quelques auteurs, la crête épineuse, qui, sur la face exocranienne de la grande aile du sphénoïde, sépare la portion temporale, supérieure ou verticale de cette aile, de sa portion inférieure, cette dernière étant horizontale et formant avec le temporal le plafond de la fosse ptérygo-maxillaire, ou plan sphéno-temporal.) Cette crête est formée d'une série de tubercules plus ou moins saillants, dont l'antérieur, le plus gros, est le tubercule du sphénoïde (Voir *Fig.* 11).

Quatrième temps. — *Dénudation du plan sphéno-temporal, reconnaissance du trou ovale et de l'émergence du nerf maxillaire inférieur.* — Ce temps est des plus faciles et ne demande que quelques secondes. Rappelez-vous d'abord que le plan sphéno-temporal est à peu près horizontal et que le trou ovale est à 20 ou 23 millimètres de profondeur sur le prolongement de la racine transverse (condyle temporal) de l'apophyse zygomatique (Voir *Fig.* 11). Avec la même rugine courbe qui a servi à dénuder la fosse temporale, dénudez le plan sphéno-temporal, en partant de la crête sphénoïdale. Cheminez entre le périoste et l'os, dans une direction transversale, immédiatement en avant du condyle temporal. Le dos de l'instrument repousse et protège le ptérygoïdien et les vaisseaux; à 20 millimètres de profondeur, après avoir bien épongé avec une compresse maintenue en place quelques instants, vous reconnaîtrez et VERREZ le bord postérieur de l'aile externe de la ptérygoïde et, immédiatement en arrière de lui, le trou ovale, d'où émerge un gros trousseau rougeâtre, le nerf maxillaire inférieur. Avec le bout mousse de votre sonde cannelée, isolez quelque peu le paquet nervo-vasculaire. *Ce temps dure une minute.*

Je dois insister sur trois points :

a. J'ai dit vous verrez et reconnaîtrez, etc..., parce que l'on peut et l'on doit *voir* : 1° le bord postérieur de l'aile externe de la ptérygoïde; 2° le nerf émergeant du trou ovale. N'essayez pas d'aller reconnaître ces parties avec le doigt; une pulpe d'index comprimée entre le plan sphéno-temporal et le périoste qui bride et protège les parties molles, arriverait difficilement jusqu'au fond de la région; si elle parvient à toucher les parties du bout de l'ongle, elle sentira mal et rapportera de faux renseignements. J'ai fait voir nettement toutes ces parties sur le vivant; je les vois et fait voir dans mes répétitions sur le cadavre; ceci m'est une occasion de redire : là, comme partout ailleurs, l'œil seul est le bon guide; méfiez-vous des sensations perçues par une pulpe fatiguée.

b. Le nerf maxillaire inférieur à son émergence n'apparaît point sous la forme de ce gros cordon blanc que représentent nos figures d'anatomie, toujours trop claires; entouré de veinules et de tissu celluleux, c'est un cône rougeâtre dont le sommet s'enfonce dans le trou ovale.

c. Que votre rugine agisse bien dans le plan frontal, toujours parallèle et tangente au condyle temporal; il est arrivé à de bons opérateurs de s'égarer en avant vers la fente ptérygo-maxillaire.

d. Immédiatement en arrière et un peu en dehors du trou ovale, c'est-à-dire plus près de l'opérateur, est le trou petit rond, par lequel pénètre la méningée moyenne; vous ne le reconnaîtrez point le plus souvent, car il est protégé par la saillie du condyle temporal. C'est dans le temps suivant que vous arriverez à lui, par la fosse moyenne, et que vous lierez la méningée moyenne, si vous en reconnaissez la nécessité (*Fig.* 18).

Cinquième temps. — *Résection de la partie basse de la fosse temporale et du plan sphéno-temporal. Soulèvement progressif du lobe temporo-sphénoïdal. Reconnaissance de la partie intra-cranienne du maxillaire inférieur.* — La plupart des auteurs qui ont pris cette voie temporo-sous-temporale, pour aller à la recherche du maxillaire inférieur ou du ganglion de Gasser, conseillent à ce moment de l'opération de commencer la brèche osseuse par l'application d'une couronne de trépan, soit dans la fosse temporale, soit sur le plan sphéno-temporal. Il est beaucoup plus simple, plus facile, moins long d'ailleurs et moins dangereux, d'ouvrir au ciseau la fosse temporale, mince, d'épaisseur inégale, précisément au point où elle est doublée de la méningée moyenne parfois contenue dans un canal osseux complet. J'ai fait, à l'heure actuelle, 64 trépanations, jamais je n'ai appliqué une couronne de trépan ; toujours je me suis servi du ciseau bien coupant et bien emmanché que j'ai fait construire par M. Collin. On a reproché à ce mode d'ouverture de la boîte cranienne de contusionner le cerveau ; il faudrait que l'accusation fût étayée de quelques preuves. Jamais je n'ai observé aucun effet de choc cérébral, ... au contraire. Au contraire veut dire que, dans plusieurs cas, les blessés qui étaient dans le coma au moment de l'intervention, ont repris connaissance et parole immédiatement après.

Donc, avec un ciseau bien coupant, à tige grosse et

carrée pour qu'il puisse être bien tenu, à tête large pour protéger la main contre les coups du marteau, agissant presque parallèlement à la surface osseuse, circonscrivez un lambeau d'environ 2 centimètres carrés. De petits

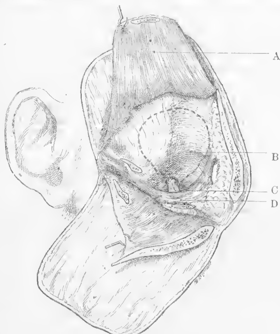


Fig. 18. — Abaissement du ptérygoïdien externe: dénudation du plan sous-temporal. — On VOIT le nerf émergeant du trou ovale. — A. Temporal. — B. Crête sphénoïdale. — C., N. max. inf. — D. Ptéryg. externe.

coups de maillet font pénétrer le ciseau dans la table externe de l'os; dès que le ciseau a pénétré quelque peu, imprimez-lui un mouvement de bascule pour soulever et détacher un copeau osseux; c'est la manœuvre du char-

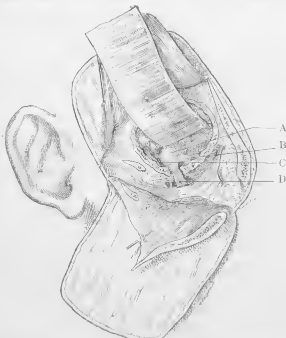


Fig. 19. — Relèvement de la pointe du lobe temporo-sphénoïdal, dégagement de la face cérébrale du ganglion. — A. Ganglion. — B. Nerf max. sup. — C. Art. mén. moy. — D. Nerf. max. inf.

pentier équarrissant un tronc d'arbre. Répétez la même manœuvre tout à côté et à la troisième, au plus tard à la quatrième application du ciseau, vous détacherez un fragment comprenant toute l'épaisseur de la paroi très mince à ce niveau. La dure-mère étant à nu dans une étendue variable, suivant la dimension de l'éclat osseux, décollez-là avec l'instrument approprié, et, remplaçant le ciseau par la pince-gouge, agrandissez et régularisez l'orifice de la fosse temporale, après quoi vous attaquerez le plan sous-temporal par morsures successives de la pince-gouge jusqu'au trou ovale que vous ouvrez par un dernier coup de pince.

Il va sans dire que la dure-mère a été décollée au fur et à mesure; d'ailleurs, la branche intra-cranienne convexe de la pince suffit d'ordinaire à ce décollement.

Sur la dure-mère, on voit la méningée moyenne qui s'enfonce vers le trou petit rond. Quelques opérateurs ont lié cette artère : je n'ai pas eu l'occasion de le faire, ayant trouvé, dans le cas que je rapporterai plus loin, une dure-mère exsangue, car la méningée moyenne avait été envahie et partiellement détruite par le sarcome, au niveau de son entrée dans le crâne.

Dans mes répétitions sur le cadavre, il m'a paru que cette ligature n'était pas indispensable.

Remarque : point n'est besoin de trépaner *largement* la fosse temporale; un orifice ovalaire de 3 centimètres de largeur, sur 2 centimètres et demi de hauteur, est très suffisant pour les manœuvres ultérieures sur le ganglion. La brèche du plan sphéno-temporal qui continue cet orifice doit garder une largeur de 2 centimètres environ.

Ces indications relatives aux dimensions n'ont rien d'absolu; elles constituent un minimum très suffisant; si l'on est gêné, quelques morsures de la pince gouge auront vite fait d'agrandir l'orifice (*Fig.* 19).

Sixième temps. — *Reconnaissance des nerfs maxillaire inférieur et maxillaire supérieur; dégagement de la face cérébrale du ganglion de Gasser; section des nerfs maxillaire inférieur et supérieur au niveau des trous ovale et grand rond; soulèvement et dégagement de la face cranienne du ganglion; pincement du trijumeau avant son épanouissement; arrachement protubérantiel de ce nerf; extraction du ganglion d'arrière en avant.* — Le nerf maxillaire inférieur ayant été reconnu et le trou ovale échancré, on voit le gros nerf, dont l'enveloppe celluleuse se continue avec la dure-mère qui recouvre le lobe temporo-sphénoïdal. Cette continuité n'est qu'apparente; soulevez légèrement avec l'*écarteur malléable* (1), auquel vous aurez donné une courbure appropriée à la forme du lobe cérébral, soulevez, dis-je, le lobe temporo-sphénoïdal, alors, agissant avec la pointe mousse de la sonde cannelée de Nélaton au fond du sillon formé par la réunion du maxillaire inférieur et de la dure-mère, vous détacherez facilement la dure-mère. Votre écarteur, manié par votre main gauche, s'avançant et relevant la dure-mère au fur et à mesure que votre sonde cannelée la sépare du ganglion, vous aurez mis à nu, en quelques secondes, la face cérébrale de celui-ci; vous reconnaîtrez alors très facilement le nerf maxillaire supérieur, et parfois la branche ophtalmique confondue avec la paroi externe du sinus caverneux.

Il faut maintenant dégager de même la face cranienne du ganglion. Avec un névrotome courbe à pointe mousse, chargez et coupez dans le trou ovale, devenu large échancrure, le nerf maxillaire inférieur ; ayez soin de charger ce nerf d'arrière en avant en engageant la pointe mousse du névrotome courbe à concavité tranchante entre la méningée moyenne et le nerf maxillaire inférieur, de façon à ménager l'artère. Chargez et coupez de même, mais cette fois dans l'intérieur du crâne, le nerf maxillaire supérieur.

Maintenant, prenant avec une pince à disséquer le bout central du maxillaire inférieur, soulevez par ce nerf le ganglion, et dégagez la face pétreuse de celui-ci avec la pointe mousse de votre sonde cannelée, jusqu'au delà du

(1) J'ai fait construire par M. Collin un écarteur, lame de cuivre rouge nickelée, auquel on peut donner séance tenante la forme des parties à relever ou écarter, avec cet *écarteur malléable* on risque moins de contusionner le cerveau qu'avec les écarteurs à courbure fixe.

ganglion, à l'entrée du nerf dans le cavum Meckelii. Là, comme pour la face cérébrale, évitez de pousser le dégagement trop en dedans vers le sinus caverneux. Ayez la main légère : car le ganglion repose sur la carotide interne, séparé d'elle par une mince couche fibreuse.

Le ganglion étant ainsi dégagé et visible par ses deux faces, il reste à pincer le nerf à son entrée dans le ganglion ; avec une pince hémostatique ordinaire, prenez le nerf au niveau de son entrée dans le ganglion, ne tirez pas d'abord, mais tordez sur place de façon à arracher le nerf à son origine protubérantielle.

Lorsque le tronc du trijumeau aura été arraché, continuez le mouvement de torsion imprimé à la pince hémostatique, pour achever par arrachement encore, et d'arrière en avant, l'enlèvement de la branche ophtalmique. Soyez prévenu que la branche ophtalmique n'est, d'ordinaire, pas disséquable sur la paroi externe du sinus caverneux.

Lorsqu'on veut enlever en totalité cette branche, on ouvre infailliblement le sinus ; sans attacher à cet incident plus d'importance qu'il ne faut (car le sinus caverneux, très cloisonné, n'est pas un gros sinus et ne doit pas saigner abondamment), je conseille de ne point rechercher l'arrachement de la branche ophtalmique ; d'ordinaire elle se rompt au niveau de son émergence du ganglion. C'est le nécessaire, et je ne vois pas la nécessité de faire plus, en risquant de léser le sinus et les nerfs inclus dans sa paroi externe.

L'opération que je viens de décrire demande quinze minutes sur le cadavre; j'ai mis 50 minutes sur le vivant, car il me fallut enlever, au préalable, une tumeur de la pointe du lobe temporo-sphénoïdal.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Congrès français de Médecine.

(*Nancy*, 6-10 *août* 1896).

La cérémonie d'inauguration du Congrès français de Médecine a eu lieu le jeudi 6 août, à la salle Poirel, au milieu d'une nombreuse assistance. Le cortège officiel a fait son entrée, précédé du drapeau de l'Association générale des Etudiants de Nancy. Autour de M. Pitres, doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux, président du Congrès, ont pris place M. Stéhelin, préfet de Meurthe-et-Moselle, M. Le Monnier, adjoint au maire de Nancy ; MM. les Prs Bernheim, Spillmann, Simon, Dr Stœbel, etc.

M. le Pr Bernheim a le premier pris la parole pour souhaiter la bienvenue aux congressistes et les remercier d'avoir choisi Nancy comme le siège de la troisième session du Congrès de Médecine. Après avoir rappelé que l'Université de Nancy est la digne héritière de l'Université de Strasbourg, l'orateur a rendu hommage à M. le Dr Mayet, professeur, qui a eu l'idée de fonder le Congrès de médecine ; il a félicité la presse, qui en est la cheville ouvrière, et a complimenté le président du Congrès comme l'un des maitres qui honorent le plus la science médicale.

M. le Dr Pitres s'est levé à son tour. Après avoir remercié la ville de Nancy de sa généreuse hospitalité et adressé un salut cordial à cette Université florissante et surtout à sa Faculté de médecine, le président du Congrès a rappelé les points sur lesquels porterait cette année la discussion et a, en particulier, traité la question des localisations cérébrales, qui, depuis le commencement de ce siècle, a fait l'objet de tant de controverses.

M. le Dr Simon, secrétaire général du Congrès, après les souhaits de bienvenue aux congressistes, a fait connaître que le nombre des adhérents s'élevait actuellement à 285, parmi lesquels des Alsaciens-Lorrains, des Russes, des Belges et des Hollandais. On trouvera plus loin le texte de ces discours.

Ont été élus *Présidents d'honneur* : MM. Potain et Bouchard, de Paris, présidents des deux précédents Congrès ; MM. Tourdes, Coze et Heicht, de Nancy ; M. Mayet, de Lyon ; M. Denis, de Louvain ; M. Crocq, de Bruxelles, et M. Francotte, de Liège. Ont été nommés secrétaires des séances : MM. les Drs Etienne et Aimé. Dans l'après-midi de jeudi, à deux heures, a eu lieu la première séance de travail à l'Institut anatomique (1).

Le samedi 8 août, à 5 heures, a eu lieu la SÉANCE GÉNÉRALE pour le choix de la ville où se tiendra le prochain Congrès et les questions à traiter au quatrième Congrès. Le prochain Congrès, pour éviter sa coïncidence avec le Congrès de Moscou, est fixé à avril 1898, pendant les vacances de Pâques. Il se tiendra à MONTPELLIER.

Le *Bureau* a été ainsi composé par acclamations : MM. BERNHEIM (de Nancy), président; MAIRET, de Montpellier, vice-président; GRASSET, de Montpellier, vice-président ; CARRIEU, de Montpellier, secrétaire général ; ARLES, de Montpellier, trésorier.

Les QUESTIONS PROPOSÉES sont : 1° *Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire.* 2° *Les associations microbiennes et les infections mixtes.* 3° *Utilisation thérapeutique des organes à sécrétion interne.*

Enfin, M. ARNOZAN a lu le compte rendu financier du Congrès de Bordeaux et le Congrès a été déclaré clos.

Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie.

(*Londres*, 8 *août* 1896).

La session du Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie, qui a eu lieu cette semaine à Londres, a été très suivie. Son organisation a frappé d'une facon toute particulière les Congressistes français, peu habitués à trouver à Paris quelque chose de l'hospitalité étrangère.

Le Congrès siège à *Examination Hall*, dont le troisième étage est actuellement occupé par un Musée dermatologique international improvisé, auquel a pris part la Ville de Paris, grâce à l'initiative du Dr Feulard. Parmi les exposants français, citons MM. Baretta, Meheux et Verick.

A la première séance générale, le président, M. J. Hutchinson a souhaité, la bienvenue aux étrangers et M. Besnier (France) et Kaposi (Autriche) ont répondu. Les séances de sections ont été très brillantes.

---

(1) Le soir une brillante réception a été offerte par la Municipalité à l'hôtel de ville de Nancy. La place Stanislas avait un air de fête. Devant l'édifice municipal, pavoisé, scintillant de lumière, une foule nombreuse se pressait pour écouter la musique du 79e régiment d'infanterie.

Dans le Salon carré, MM. Guérin, Le Monnier et Lanique, adjoints, suppléant M. Maringer, empêché, — un peu trop souvent empêché —, souhaitaient la bienvenue aux arrivants, qui passaient ensuite dans la salle des fêtes, illuminée comme un soir de grand bal et ornée de faisceaux tricolores. M. le Dr Stœber, trésorier du Congrès et conseiller municipal, partageait avec MM. les Adjoints l'honneur de recevoir et d'accompagner les dames invitées. Aucun discours n'a été prononcé. Au cours d'une promenade autour de la salle, on a admiré les peintures de Morot et de Prouvé, et les groupes se sont formés, alors que passaient et repassaient les rafraichissements.

Le Congrès international de Psychologie à Munich.

La semaine dernière a eu lieu, à Munich, l'ouverture solennelle du troisième Congrès international de Psychologie. Cinq cents psychologues de tous pays y assistaient. M. le Pr Stumpf a prononcé le discours d'ouverture et a exposé le développement des études psychologiques à l'époque contemporaine. M. Landmann, Ministre de l'Instruction publique et des Cultes, a souhaité la bienvenue aux membres du Congrès, au nom du gouvernement bavarois. Il a exprimé la conviction que la responsabilité que l'homme doit assumer pour ses actes ne serait jamais diminuée par les résultats des recherches psychologiques. M. le bourgmestre Brunner et M. le recteur Baur ont également salué le Congrès, le premier au nom de la ville de Munich, et le second au nom de l'Université.

On a ensuite entendu une partie des rapports des membres du Congrès. M. le Pr Ch. Richet (de Paris) a fait une conférence sur la douleur, et M. Janet (de Paris) une communication sur l'influence somnambulique.

Le prochain Congrès aura lieu en 1900 à Paris, sous la présidence du Pr Ribot. M. Richet remplira les fonctions de vice-président, et M. Janet celles de secrétaire général.

La municipalité a offert aux Congressistes une réception dans la grande salle de l'hôtel de ville. Le bourgmestre M. Brauner, a prononcé un discours dans lequel, après avoir salué les hôtes de la ville, il a fait particulièrement allusion à la remarquable conférence faite par M. Richet; puis il a porté un toast à la santé des membres étrangers du Congrès. M. le Pr Richet a remercié au nom des hôtes étrangers pour le chaleureux accueil qu'ils ont reçu ; il a fait l'éloge de Munich, comme foyer des arts et des sciences et a porté un toast à la ville.

La Fièvre typhoïde et l'eau d'Alimentation à Nancy.

L'épidémie de fièvre typhoïde de Nancy est en voie de décroissance. On l'attribue à la contamination de l'eau fournie par l'une des sources, ce qui explique la limitation de l'épidémie à un quartier de la ville. La garnison, alimentée par une autre eau et protégée par les précautions prises d'habitude par le service de santé militaire, n'a pas été atteinte.

Nancy est alimentée par de l'eau de plusieurs sources, mais surtout par de l'eau de la Moselle qui passe pour très suspecte. Par suite de la situation particulière de Nancy qui est appelée — nous le craignons, — à recevoir, à une époque indéterminée, un grand nombre de troupes, il est absolument nécessaire, de première urgence, que le Gouvernement de la République fasse procéder dans le plus bref délai possible à une enquête minutieuse et complète sur la situation sanitaire de Nancy, son système d'égouts, son alimentation en eau potable. L'eau de la Moselle devrait être remplacée par de l'eau de source, et les sources captées devraient être soigneusement protégées.

B.

Université de Paris. — *Faculté de Médecine.* — M. Landouzy, professeur de thérapeutique et matière médicale à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé professeur de thérapeutique à ladite Faculté (chaire transformée). — M. Pouchet, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé professeur de pharmacologie et matière médicale à ladite Faculté (chaire transformée).

Pharmacie. — *Accident dû à l'éther.* — On signale de Lodz, en Pologne, la destruction d'une pharmacie par une explosion accidentelle d'éther. Il y a eu une dizaine de blessés, dont plusieurs ont aussitôt succombé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

TROISIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE.

Session de Nancy (6-10 août 1896).

Séance d'ouverture du 6 août 1896 (matin).

Jeudi, à 10 heures du matin, s'est tenu, à la salle Poirel, la séance d'ouverture du troisième Congrès des médecins français, devant une assistance nombreuse et choisie. La musique du 79e régiment d'infanterie prêtait son gracieux concours à cette cérémonie. A dix heures, arrivait les autorités qui ont été reçues au son de la *Marseillaise.*

M. Pitres, président du Congrès, prend place dans le fauteuil de la présidence ayant à ses côtés M. Stéhelin, préfet de Meurthe-et-Moselle; M. Le Monnier, adjoint au maire ; M. le Dr Bernheim; M. Simon, secrétaire général du Congrès; M. le Dr Stœber, trésorier, et quelques autres notabilités. Le drapeau de la Faculté de Médecine est porté par M. Crousse, qui se place derrière les autorités. M. le Pr Pitres déclare la séance ouverte et donne la parole à M. le Dr Bernheim, qui prononce le discours suivant.

Messieurs,

L'année dernière, au Congrès français de Médecine de Bordeaux, nous avons demandé pour notre ville l'honneur d'être le siège de la troisième session. Cette demande fut accueillie à l'unanimité. par acclamation; toutes les grandes villes de France cédèrent le pas à la nôtre. C'est qu'un grand sentiment patriotique dominait le cœur de l'assemblée. En désignant Nancy, c'est Strasbourg que vous acclamiez; car Nancy a recueilli l'héritage scientifique de l'ancienne capitale de l'Alsace. Notre Université lorraine, c'est l'ancienne Université strasbourgeoise rapatriée. Beaucoup de nos collègues et de nos confrères ont professé ou étudié à l'ombre de la grande cathédrale ; et, sur cette frontière mutilée, nous tendons la main à ceux qui, séparés de nous, ont conservé au cœur le culte de la patrie absente.

Au nom du Comité d'organisation du troisième Congrès français de médecine, et au nom de nos confrères lorrains, laissez-moi, Messieurs vous remercier de la pieuse pensée qui a dicté le choix de notre ville et qui nous impose la mission difficile de succéder à Lyon et à Bordeaux.

C'est avec une profonde émotion et non sans appréhension que nous l'avons acceptée. Nancy n'a pas à vous présenter une grande capitale, pleine de vie et de séductions, comme ses devancières, avec leurs expositions grandioses embellies, encore par ces cadres merveilleux qui s'appellent la Tête d'Or et les Quinconces. Nancy ne vous présente pas non plus des institutions médicales aussi vastes, aussi somptueuses que vos deux grandes cités. Ville nouvelle, doublée depuis la guerre, dotée de ressources encore modestes, elle progresse lentement, mais sûrement; elle élargit tous les jours son champ scientifique. L'Institut anatomique où nous siégeons comprend la moitié de la future Faculté qui viendra s'achever à côté d'elle, près de ce bel hôpital clinique qu'une municipalité généreuse et intelligente a fondé pour l'enseignement.

Si nous ne pouvons rivaliser avec Lyon et Bordeaux, ni pour la majesté du décor, ni pour la richesse des constitutions médicales, nous essaierons au moins, et cela nous sera difficile, d'égaler ces deux villes par la cordialité de l'accueil, par l'atmosphère de confraternité affectueuse et familiale, que tous nos hôtes doivent respirer sur cette terre lorraine.

Soyez les bienvenus, chers confrères, qui êtes venus de tous les coins de la France, et vous chers maîtres, qui êtes venus des pays amis, apporter votre concours scientifique et votre collaboration dévouée à l'œuvre du Congrès français de Médecine, créée il y a deux ans, par l'initiative du Pr Mayet (de Lyon).

Est-elle superflue, cette œuvre, comme quelques-uns le pensent? Les découvertes nouvelles, disent-ils, les communications intéressantes, la presse médicale suffit amplement à les vulgariser. C'est une tribune bien plus accessible et qui

porte plus loin que l'enceinte restreinte des congrès. Cela est vrai. Et cependant, dans toutes les branches de l'activité humaine, plus la presse se répand dans les masses pour y apporter la bonne et quelquefois la mauvaise parole, plus aussi les Congrès se multiplient. Congrès scientifiques, industriels, politiques, économiques, agricoles, et dans notre sphère des sciences médicales, Congrès de chirurgie, de gynécologie, d'ophtalmologie, de laryngologie, d'obstétrique, d'anthropologie, des maladies nerveuses et mentales, et enfin le dernier en date, notre Congrès français de Médecine, ont vu le jour, depuis que la presse s'est si singulièrement accrue et multipliée.

La presse suggère un courant d'idées, et les hommes qui en sont imprégnés se recherchent pour les discuter et les propager. Merci à nos confrères de la Presse, cette cheville ouvrière des Congrès.

Stimuler l'activité des médecins éloignés des centres, appeler l'attention sur certaines grandes questions d'actualité, créer un mouvement scientifique, donner une tribune aux travailleurs modestes, inviter les savants dispersés dans le pays à se réunir, à se connaître, à s'apprécier. On apprécie mieux le travail quand on connaît le travailleur : telle est l'utilité des Congrès scientifiques ! N'est-ce donc rien que ces réunions périodiques, qui groupent en un faisceau sympathique les hommes qui vivent de la même pensée, attelés à une même œuvre humanitaire et scientifique?

Soyez le bienvenu, cher et éminent président, M. le Pr Pitres ! Et merci d'avoir accepté la double mission laborieuse de présider nos deux Congrès de Nancy. En vous désignant à l'unanimité pour diriger nos travaux, le Congrès de Bordeaux rendait un juste hommage à l'un des maîtres qui honorent le plus la science médicale française.

Merci à vous, Pr Bouchard, illustre président du Congrès de Bordeaux, d'être venu, malgré vos préoccupations, de l'autre bout de la France, nous apporter le bienveillant appui de votre haute autorité. Laissez-moi, au nom de tous, vous exprimer notre profonde reconnaissance.

Merci aussi à nos distingués confrères, qui ont bien voulu accomplir la lourde tâche d'écrire ces belles monographies, qui marquent l'état actuel de la science sur de grandes questions médicales. Ces monographies à elles seules, justifieraient l'utilité de notre Congrès. Merci enfin aux collaborateurs d'un autre ordre, qui corrigent, par des intermèdes agréables, l'austérité de nos travaux scientifiques ; à la municipalité de Nancy, heureuse de vous recevoir, aux administrations thermales et aux confrères de Vittel, de Contrexéville, de Plombières et de Bussang, qui nous invitent gracieusement à visiter leurs thermes, et nous offrent une courtoise hospitalité. Je souhaite, Messieurs et chers confrères, que le troisième Congrès français de Médecine laisse dans la littérature médicale une empreinte persistante; puisse-il aussi laisser dans vos cœurs une empreinte profonde, un agréable souvenir!

M. le Dr Pitres répond en ces termes :

Messieurs,

Vous m'avez appelé par vos suffrages à présider la troisième session du Congrès français de médecine; je vous en exprime toute ma gratitude. Succéder à deux hommes dont l'autorité et le caractère sont universellement respectés; à notre vénéré maître, M. le Pr Potain, une des gloires les plus pures de la médecine française, à M. le Pr Bouchard, l'illustre rénovateur de la pathologie générale, c'est un honneur insigne dont les plus méritants auraient le droit d'être glorieux. J'en apprécie toute la valeur et vous remercie de me l'avoir conféré, alors que tant d'autres dans cette assemblée en étaient plus dignes.

Profitant tout de suite des privilèges attachés à la fonction dont vous m'avez investi, je remercie, au nom du Congrès, M. le maire de Nancy et MM. les membres de la municipalité nancéienne d'avoir bien voulu nous recevoir dans cette belle cité lorraine, aussi remarquable par la splendeur de ses monuments et de ses promenades que par son activité industrielle, son goût artistique et le haut degré de culture intellectuelle, qui lui donnent ses nombreuses institutions d'enseignement supérieur.

Je salue, en passant, son Université florissante, et tout particulièrement sa Faculté de Médecine, dans laquelle des collègues que nous aimons tous conservent les traditions de travail et de patriotisme qui, sous la direction de Sédillot, d'Ehrmann, de Schultzemberger, de Stolz, de Forget, de Hirtz, de Küss, etc., avaient porté si haut le prestige de notre ancienne Faculté de Strasbourg.

Combien ne devons-nous pas de reconnaissance aux hommes dévoués qui, pour continuer à servir la France et la science française, ont sacrifié leurs intérêts matériels et sont venus former à Nancy le noyau de la Faculté nouvelle. Les survivants de ce douloureux exode ne sont plus nombreux : ce sont MM. les Prs honoraires Tourdes, le vénérable doyen du corps enseignant de France, Herrgott père, Coze, Heicht, Beaunis, et, parmi les professeurs en activité, MM. Bernheim et Gross. Je leur adresse l'expression émue de notre profonde et cordiale sympathie.

Messieurs, le Congrès que nous allons ouvrir s'annonce sous les plus heureux auspices. Encouragé par l'adhésion d'un grand nombre de maîtres de la science contemporaine, organisé avec un soin extrême par le Comité local, qui en a préparé le programme, il nous réserve à la fois des distractions agréables et des travaux utiles.

Les rapports, que vous connaissez déjà, sont tous des œuvres magistrales, mettant au point, avec une lucidité et une érudition qu'on ne saurait trop louer, des questions difficiles de pathologie médicale. En dehors des discussions générales auxquelles ils donneront lieu, une foule d'autres questions doivent être l'objet de communications dans lesquelles nous seront présentés la plupart des progrès accomplis récemment dans toutes les branches des sciences médicales.

Parmi ces questions, il en est une qui me tient tout particulièrement à cœur et dont je vous demande la permission de vous dire quelques mots : c'est celle des *localisations cérébrales*. Elle s'est, dans ces dernières années, profondément modifiée. On ne peut plus l'envisager comme on le faisait il y a quinze ou vingt ans, et il ne sera peut-être pas mauvais de jeter un coup d'œil rapide sur les transformations qu'elle a subies.

L'idée que le cerveau est formé par une fédération d'organes distincts, possédant, chacun, les attributs nécessaires à son fonctionnement, n'est pas nouvelle. Elle a été au début de notre siècle soutenue et développée par Gall, sans preuves suffisantes pour entraîner la conviction générale. Rejetée par tous les psychologistes de l'époque, combattue, au nom de la psychologie, par Cuvier et par Flourens, elle paraissait devoir tomber bientôt dans l'oubli. Les pathologistes la recueillirent et lui firent un sort. Bouillaud s'en inspira dans toute la série de ses études sur la localisation de la faculté de langage dans les lobes antérieurs et hémisphères cérébraux. Broca la fit entrer de vive force dans la science, quand il démontra, en 1861, que l'aphémie résultait de lésions circonscrites, limitées au pied de la troisième circonvolution frontale gauche. Elle fit un nouveau pas en avant, lorsque, en 1870, Fritsch et Hitzig mirent en évidence l'excitabilité de certaines régions des circonvolutions cérébrales. Depuis lors, on peut dire, sans exagération, qu'elle n'a pas cessé de diriger les recherches des expérimentateurs et des cliniciens qui se sont attachés à étudier les fonctions cérébrales et ont réussi à démontrer, au prix d'efforts infinis, l'existence d'un certain nombre de centres moteurs et sensitifs corticaux.

Ces mots de *centres corticaux* expriment l'idée théorique qu'on se faisait naguère des organes à fonctions spécialisées, qu'on supposait contenus dans la substance grise des hémisphères cérébraux. On pensait généralement qu'il existait, de loin en loin, dans la substance grise des circonvolutions, des groupes cellulaires, plus ou moins établis, analogues aux noyaux d'origine des nerfs bulbaires, et que chacun de ces groupes était anatomiquement et fonctionnellement autonome.

On admettait bien que les centres ainsi constitués n'étaient pas absolument isolés, les uns des autres, qu'il y avait entre eux des voies de communication assurant la synergie de leur fonctionnement. Quelques auteurs connus, Exner en Autriche, Luciani et Tambarini en Italie, affirmaient même qu'il y avait des pénétrations réciproques d'un centre dans l'autre. Mais,

au fond, avec quelques variations de détail, la conception simpliste que je viens d'indiquer était généralement considérée comme l'expression très vraisemblable de la réalité.

Les protestations véhémentes de Brown-Séquard et de Goltz ne firent que stimuler l'ardeur des partisans de la doctrine des localisations cérébrales. Les adeptes multiplièrent les expériences et les observations cliniques. Les expérimentateurs déterminèrent soigneusement les effets de l'irritation électrique des différentes parties de la surface du cerveau des Vertébrés. Les médecins fixèrent sur le cerveau humain les limites de la zone motrice corticale ; ils décrivirent les réactions pathologiques du centre ovale et de la capsule interne ; ils découvrirent le siège précis des lésions susceptibles de donner lieu à des troubles de la motité où à des troubles de la sensibilité, aux monoplégies et aux hémiplégies motrices, à la cécité et à la surdité psychiques ou verbales.

L'enthousiasme provoqué par ce mouvement entraîne même un certain nombre d'esprits trop hardis dans la voie des hypothèses téméraires. On voulut localiser les fonctions psychiques, comme on avait localisé les fonctions motrices et sensorielles ; et le schéma, d'après lequel le lobe frontal servirait à l'élaboration de l'intelligence, la région rolandique à la motricité et le lobe sphéno-occipital à la sensibilité, fut conçu par quelques personnes, et figuré dans un certain nombre d'ouvrages didactiques. Hâtons-nous de dire que les vrais savants n'ont jamais accepté ni encouragé ces écarts compremettants. Ils n'ont jamais voulu dans leurs conclusions aller au delà de ce qui était montré par des faits positifs. Charcot apportait même dans ces questions une telle prudence qu'il n'a jamais consenti à aborder les déductions théoriques qu'il aurait pu sembler légitime de tirer des cas anatomo-cliniques qu'il connaissait mieux que personne. A plusieurs reprises, il a pris soin de déclarer dans ses travaux qu'il n'attribuait au mot de *centres moteurs ou sensitifs corticaux* aucun sens doctrinal.

Il désignait sous ce nom les parties de la substance grise des circonvolutions dont les lésions destructives déterminaient sûrement et fatalement des suppressions de fonctions spécialisées, et refusait systématiquement d'aller au delà de cette constatation de fait.

On en était là, quand les découvertes retentissantes de Golgi, Waldeyer, Ramon y Cajal, etc., vinrent brusquement, en modifiant les notions que nous possédions jusque là sur l'anatomie et la physiologie générale des cellules nerveuses, fournir des argumonts aux adversaires de la doctrine des localisations cérébrales.

Tout le monde croyait jadis que les cellules nerveuses étaient les organes au sein desquels se produisaient les transformations de force qui sont l'essence même des manifestations spécifiques de l'activité des centres nerveux. Tout le monde pensait aussi que ces cellules communiquaient les unes avec les autres, soit par l'intermédiaire d'un réseau continu, soit par de larges anastomoses protoplasmiques, de telle sorte que l'onde nerveuse était censée cheminer dans des voies préétablies et ininterrompues, dont il lui était impossible de s'écarter.

Ce n'est pas ainsi, paraît-il, que se passent les choses. D'après les idées nouvelles, la cellule nerveuse forme, avec sa masse périnucléaire, son noyau, ses ramifications protoplasmiques et son prolongement cylindraxile, une unité anatomique toujours isolée, à laquelle Waldeyer a donné le nom aujourd'hui universellement accepté de *neurone*. Les rapports des neurones entre eux s'établissent, non comme on le supposait autrefois, par des anastomoses directes, mais par l'intermédiaires des contacts qui s'établissont entre les terminaisons toujours ramifiées en forme de houppes, de panaches ou de buissons, des neurones contigus. Le corps cellulaire proprement dit n'est plus qu'un organe de nutrition du neurone. Les transformations de forces ne s'opèrent pas dans sa portion centrale renflée, mais au niveau des points de contact de ses extrémités terminales avec celles des neurones contigus.

De plus, les travaux des histologistes modernes ont établi que, dans l'écorce cérébrale, il n'y a pas de différence essentielle entre les régions dites motrices et les régions dites sensitives. Les circonvolutions frontales, pariétales, occipitales, ont toutes, à très peu de chose près, la même structure fondamentales. Elles contiennent toutes, en nombre à peu près égal, des cellules triangulaires, pyramidales, à cylindres démesurément longs, se dirigeant toujours vers la base de l'encéphale en traversant la région capsulaire, et des cellules plus petites, de formes très variées, dont les deux extrémités se trouvent contenues dans la substance grise corticale.

C'est surtout en s'appuyant sur cette identité apparente de la structure histologique des circonvolutions qu'on a été conduit récemment à attaquer la doctrine des localisations cérébrales. Quelques auteurs en ont tiré des conclusions dépassant de beaucoup, ce me semble, la portée des faits observés. Ils ont déclaré que les circonvolutions ayant même structure devaient avoir mêmes fonctions, et, sans tenir aucun compte des résultats fournis par les expérimentations physiologiques et les observations anatomo-cliniques, ils ont proclamé la déchéance du principe même des localisations cérébrales ; si bien qu'aujourd'hui, quelques savants ne paraissent pas éloignés de revenir à l'hypothèse, autrefois soutenue par Flourens, de l'homogénéité fonctionnelle du cortex. Mais cette hypothèse est en opposition formelle avec des faits expérimentaux et cliniques si précis et si nombreux qu'il est réellement anti-scientifique de mettre en doute leur exactitude. Elle est donc inacceptable et, sous peine de prolonger indéfiniment des controverses stériles, il faut lui en substituer une autre plus adéquate aux réalités concrètes. On y peut, ce me semble, arriver assez aisément, si l'on veut bien soumettre à une analyse rigoureuse les réactions physiologiques et pathologiques des différents éléments qui entrent dans la composition de l'écorce cérébrale.

Il existe, disions-nous tout à l'heure, dans la substance grise des circonvolutions, des cellules de formes très variées. Mais quelle que soit la variabilité de leurs apparences extérieures, on peut les diviser en deux groupes. Les unes ont de longs prolongements cylindraxiles, se rendant, en passant à travers la capsule interne, dans les centres bulbo-médullaires sous-jacents ; ce sont les cellules pyramidales. Les autres sont de simples éléments d'associations, qui se rendent d'un point à l'autre de l'écorce. L'anatomie histologique, qui nous fournit des détails très précis sur la morphologie de ces éléments, est absolument incapable de nous renseigner sur leurs fonctions. L'expérimentale physiologie et surtout l'observation anatomo-clinique peuvent, au contraire, nous permettre de nous rendre compte de leurs attributs fonctionnels grâce à la disposition qui réunit au niveau de la capsule tous les prolongements de neurones à projection. Il est clair, en effet, étant données ces dispositions, qu'une lésion destructive de la région capsulaire supprimera les manifestations fonctionnelles dérivant des cellules pyramidales, sans altérer directement celles des cellules d'association. Or, les lésions de la région capsulaire ne sont pas rares. Ludwig, Turck et Charcot en ont fort bien étudié les effets. Il résulte de leurs recherches que les lésions destructvies limitées à la partie postérieure de la capsule interne, c'est-à-dire à la partie dans laquelle se trouvent réunis les cylindres des cellules pyramidales des circonvolutions sphéno-occipitales, donnent lieu à l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle. Celles qui siègent plus en avant, sur les faisceaux de cylindraxe provenant des cellules pyramidales des lobes fronto-pariétaux, déterminent l'hémiplégie motrice vulgaire ; enfin, celles qui sectionnent la totalité des faisceaux capsulaires provoquent l'hémiplégie associée à l'hémianesthésie. Mais, même dans ces derniers cas, elles ne retentissent pas gravement sur les fonctions psychiques supérieures. La pensée, l'intelligence, l'association des idées, la réviviscence et la recollection des images, le jugement, la volonté ne sont pas atteintes d'une façon évidente. La cécité verbale, la surdité verbale, l'aphémie (ainsi que je crois l'avoir démontré au Congrès de Lyon), ne résultent jamais des altérations destructives des faisceaux capsulaires.

Nous en concluons que les cellules pyramidales de l'écorce, celles qui donnent naissance aux prolongements cylindraxiles, dont le groupement forme la capsule interne, ne servent qu'à deux des grandes fonctions cérébrales, la motricite et la sensibilité. Elles sont indépendantes des facultés psychiques supérieures.

Remarquons, avant d'aller plus loin, que, malgré qu'elles

soient affectées à des fonctions différentes, ces cellules ont des formes et des réactions histochimiques identiques. Or, nous savons que dans la moelle épinière les cellules motrices des cornes antérieures et les cellules sensitives des noyaux de Burdach ont des caractères morphologiques différents. Les premières sont volumineuses et ont de magnifiques prolongements ramifiés; les secondes sont plus petites et moins richement arborisées. On pourrait donc être surpris de ne pas trouver de différences analogues dans les cellules motrices et sensitives de l'écorce cérébrale. Mais, à la reflexion, cela n'a pas lieu de nous surprendre. Le rôle des cellules dites sensitives et motrices corticales n'est pas le même que celui des cellules sensitives et motrices de la moelle. Aucun neurone ne se rend directement de l'écorce aux muscles ou des terminaisons sensitives à l'écorce, entre leur point terminal et leur point central; il y a toujours au moins un relai. Quand nous ressentons une impression sensitive, la sensation est arrêtée dans le bulbe avant d'arriver au cerveau; celui-ci ne reçoit que l'image affaiblie, atténuée, dégrossie de l'excitation périphérique. De même, quand nous voulons un mouvement, le cerveau qui le commande n'est pas l'agent d'exécution. Il en conçoit la représentation mentale et son ordre met en activité les centres bulbo-médullaires, dont les cellules sont seules en rapport direct avec les muscles de la vie de la relation.

Il n'est pas donc surprenant que les protoneurones sensitifs et moteurs n'aient pas les mêmes formes et les mêmes apparences que les deutéroneurones qui leur font suite. Il n'est même pas surprenant que les neurones corticaux, servant à la conservation et à l'évocation des images sensitives et des images motrices, aient une structure identique, car la représentation motrice et la représentation sensitive sont, au fond, des phénomènes de même ordre.

Quoiqu'il en soit, les cellules pyramidales de l'écorce sont en rapport, les uns avec l'appareil moteur, les autres avec l'appareil sensitif extra-cérébral et servent à l'exécution de l'un des stades des fonctions motrices et sensitives; mais elles ne sont qu'indirectement rattachées aux fonctions psychiques. Celles-ci siègent dans les innombrables neurones d'association de forme et de volume très variés, dont les arborisations terminales sillonnent en tous les sens la substance grise de circonvolution. Ces neurones n'ayant pas de projection capsulaire, n'étant nullement groupés en ilots anatomiquement séparés, ne sont pas accessibles à nos moyens d'expérimentation. Ils échappent même à la méthode anatomo-clinique à cause des retentissements lointains et à extension indéterminable des lésions, même les plus limitées du cortex. Tout porte à croire cependant que les fonctions qui leur sont attribuées ne sont pas localisables. C'est vraisemblement courir après une chimère que de rechercher le siège de l'intelligence, de la mémoire, du jugement, de la volonté. Ces mots qui, dans le langage scholastique, représentaient des entités, ne sont, en réalité, que des abstractions, qui nous ont trop longtemps fait illusion, et nous donnent encore trop souvent une idée fausse des phénomènes trop complexes qu'ils désignent. L'intelligence est, en physiologie, quelque chose d'analogue à ce qu'en économie sociale on appelle l'Etat.

Ce mot ÉTAT est, lui aussi, un substitut qui représente, sous une forme abstraite, une réalité infiniment complexe, une puissance organisée, dont l'action s'exerce par l'intermédiaire d'une foule d'agents subordonnés les uns aux autres et répandus sur toute la surface du territoire, de telle sorte qu'il faudrait supprimer l'armée des fonctionnaires de tous ordres pour détruire d'un coup le mécanisme administratif, judiciaire, militaire, universitaire, religieux, dont l'ensemble constitue l'État. De même, l'intellect est fragmenté en une infinité de parcelles. Chaque cellule cérébrale en détient une partie; aucune n'en est l'organe exclusif. Rien, jusqu'à présent, ne permet de supposer qu'il existe un centre de l'intelligence, un centre de la conscience, un centre du jugement, etc.

Cependant le réseau inextricable des neurones corticaux dans l'ensemble desquels s'élaborent les fonctions psychiques supérieures est nécessairement relié aux cellules pyramidales dans lesquelles rendent les images sensorielles et motrices. Les fonctions cérébrales paraissent s'opérer à la manière des actes réflexes élémentaires. Elles ont pour origine des excitations sensitives et pour résultat des excitations motrices. Dans les réflexes simples, l'excitation passe, sans intermédiaire, des terminaisons du neurone sensitif à celles du neurone moteur contigu, et la réaction suit immédiatement l'irritation provocatrice.

Dans le cerveau, au contraire, l'acte réflexe est plus compliqué, parce que le réseau des neurones psychiques s'interpose entre les neurones sensitifs et les neurones moteurs; mais au fond il y a toujours une excitation initiale de nature sensitive et un résultat final de nature motrice. Or, nous savons que les cellules à images sensitives sont placées dans la région sphéno-occipitale, tandis que les cellules à images motrices se trouvent dans la région fronto-pariétale des hémisphères cérébraux. Il en résulte que les lésions portant sur l'une ou l'autre de ces régions doivent forcément avoir un retentissement sur les manifestations de certaines modalités de l'activité psychique, puisqu'elles intéressent les points de contact par lesquels s'établissent les communications entre les organes de ces fonctions et ceux de sensibilité ou de la motricité. Si, par exemple, la portion du lobe occipital dans laquelle s'emmagasinent à l'état normal les images visuelles vient à être le siège d'un ramollissement, le sujet porteur d'une lésion de ce genre ne peut plus évoquer les images optiques qui étaient accumulées dans la région détruite. On dit alors qu'il a perdu la mémoire visuelle. L'expression n'est peut-être pas très juste, car le sujet ainsi atteint a perdu plus que la mémoire visuelle : il a perdu la collection des images optiques qu'il possédait et l'organe même où s'opérait, sous l'influence de l'évocation mnésique, leur réviviscence. Il n'en est pas moins vrai que sa mémoire, fonction psychique, se trouve ou paraît partiellement mutilée par une lésion limitée de son cerveau. De même la destruction limitée de circonvolution de la région antérieure du cerveau empêche la volonté de se traduire par des incitations efficaces, l'organe cérébral des représentations motrices étant supprimé par le fait de la lésion. C'est ce qui s'observe chez les aphémiques, qui, sans avoir de paralysie musculaire, ne peuvent pas prononcer le mot dont ils ont très nettement le souvenir dans l'esprit, et dont on dit quelquefois qu'ils ont perdu la mémoire motrice.

Je ne veux pas, messieurs, m'étendre d'avantage sur des considérations, dont la démonstration complète exigerait de longs développements. Je crois, d'ailleurs, en avoir assez dit pour prouver que la conciliation entre les données de l'histologie moderne et les faits sur lesquels était antérieurement établie la doctrine des localisations cérébrales est possible et facile.

En l'état actuel de nos connaissances, nous devons considérer la substance grise des circonvolutions comme l'organe essentiel des élaborations psychiques. Celles-ci s'opèrent dans le réseau formé par les ramifications terminales des cellules polymorphes de l'écorce. Ce réseau très compliqué, dans lequel on n'a pas pu, jusqu'à présent, établir de localisations précises, est réuni à la périphérie par le système des cellules à projection centrale, lesquelles ont pour fonctions de recevoir, d'enregistrer et de conserver les images sensitives qui forment la matière première des opérations intellectuelles et les images motrices qui en sont le produit final. Celles qui servent aux représentations sensitives sont répandues dans les lobes sphéno-occipitaux, celles qui servent aux représentations motrices dans les lobes fronto-pariétaux. C'est pourquoi les lésions des lobes antérieurs du cerveau n'équivalent pas physiologiquement à celles des lobes postérieurs. Les uns déterminent des perturbations dans le jeu des images sensorielles; les autres compromettent la formation des images motrices et la transmission des excitations volontaires.

Ainsi s'expliquent, si je ne me trompe, l'identité structurale des circonvolutions, démontrée par les histologistes, et leur diversité fonctionnelle, établie sur la masse des faits précis, indubitable, qui ont été accumulés par les expérimentateurs et les cliniciens de toutes les écoles et de tous les pays.

Après ce discours, accueilli par de chaleureux applaudissements, M. le Dr Simon, secrétaire général, donne lecture du rapport ci-après.

Messieurs,

En fixant à Nancy le siège du troisième Congrès de médecine interne, vous avez voulu honorer notre Université lorraine. Je vous en remercie en son nom et vous me pardonnerez d'ajouter que, malgré sa jeunesse, elle n'était pas sans avoir quelques titres à cette haute distinction. Petite fille de cette célèbre Université de Pont-à-Mousson, fondée au seizième siècle par le duc Charles III et le grand cardinal de Lorraine, elle est l'héritière directe de l'Université française de Strasbourg, dont nous gardons pieusement, ici, la tradition, et à qui nous vouons un culte d'espérances et de regrets. Toutefois, ce n'est pas sans quelques appréhensions que nous avons entrepris de vous recevoir à Nancy; le succès des précédents Congrès de Lyon et de Bordeaux nous paraissait un idéal difficile à atteindre. Nous avons fait de notre mieux; à vous de dire si nous avons réussi.

La tâche modeste qui m'incombe en ce moment consiste précisément à vous rendre compte brièvement des opérations de votre bureau et à vous exposer les résultats obtenus, tant au point de vue scientifique, qu'au point de vue de l'organisation générale du Congrès. Tout d'abord nous nous sommes préoccupés d'obtenir le bienveillant appui des autorités municipales; nous avons trouvé, auprès de M. le Maire de Nancy, l'accueil le plus cordial et une bonne volonté sans bornes: notre premier devoir est de l'en remercier sincèrement.

Nous avons cherché ensuite à étendre le plus possible notre sphère d'action. Nous avons sollicité et obtenu le concours de la Société de médecine de Nancy, et — comme les statuts nous y autorisaient —, nous avons ouvert le comité d'organisation à quelques-uns de nos collègues de la Faculté de Médecine, adhérents des premiers congrès et dont l'autorité morale et scientifique étaient de nature à nous concilier de nombreuses sympathies.

M. le Dr Etienne, agrégé à la Faculté, a été tout particulièrement pour nous un collaborateur actif et dévoué, et je suis heureux de lui en rendre un public témoignage. Le Dr Alban Fournier, de Rambervillers, président de la section vosgienne du Club alpin, a bien voulu se charger de régler en détail les voyages et les excursions; il reste, pendant la durée du Congrès, à la disposition de ceux d'entre vous qui se proposent, au départ de Nancy, de visiter les sites vosgiens ou alpestres, pour leur indiquer des itinéraires et leur fournir tous les renseignements désirables.

C'est à lui et à notre excellent trésorier M. Stoeber, que nous devons d'avoir obtenu pour vous des facilités toutes spéciales, et jusqu'ici inusitées, pour vous rendre à Nancy. La Compagnie des chemins de fer de l'Est, la Compagnie franco-algérienne et la Compagnie transatlantique ont bien voulu, toutes trois, accorder à nos adhérents le bénéfice du demi-tarif. Nous leur adressons nos remerciements et nous émettons le vœu qu'elles consentent à faire bénéficier nos congrès futurs d'une semblable faveur.

L'Administration des chemins de fer de l'Etat nous avait primitivement, elle aussi, donné une réponse favorable; mais un article des conventions de 1883 s'oppose, paraît-il, à ce que des bons de demi-place soient délivrés sur les lignes de l'Etat, quand il existe un trajet plus direct par les autres réseaux. Nous en avons été avisés trop tard pour pouvoir tenter de nouvelles démarches, et je prie nos confrères de Bordeaux et de Nantes de m'excuser, si je n'ai pu remplir intégralement les promesses que nous nous étions cru en droit de leur faire.

Les établissements balnéaires de la région n'ont pas attendu que nous leur témoignions le désir de vous faire visiter leurs superbes installations. Sous peine de sacrifier complètement la partie essentielle de notre programme, nous n'avons pu accueillir toutes les propositions qui nous étaient faites et nous avons limité nos excursions. Deux : l'une à Contrexéville et à Vittel; l'autre à Plombières. Nul doute que ceux d'entre vous qui se rendront après le Congrès à Bussang et à Luxeuil n'y trouvent l'accueil le plus cordial et le plus empressé.

Les Compagnies des Eaux de Contrexeville, Vittel et Plombières ont voulu que vous emportiez de votre visite le meilleur souvenir, non seulement de leurs ressources thérapeutiques, mais aussi de la magnificence de leur hospitalité. Elles ont pris à leur charge tous les frais des excursions. En acceptant leurs invitations, soyez persuadés que vous leur ferez un très grand plaisir, en même temps que vous aurez occasion de connaître de plus près les deux types principaux des eaux minérales du massif vosgien.

Tels sont, Messieurs, les principaux éléments d'attraction que nous sommes en mesure de vous offrir; je vous dois maintenant quelques explications sur la composition du Congrès, les travaux des rapporteurs et en général sur le programme de la partie scientifique du Congrès.

Le nombre des adhésions recueillies jusqu'ici s'élèvent exactement au chiffre de 285. Il s'augmentera sans doute encore. Quelques-unes nous viennent d'Alsace-Lorraine: celles-là nous sont tout spécialement chères. La plupart nous ont été adressées de toutes les régions de la France, Paris d'abord, puis toutes les Universités provinciales, beaucoup d'Ecoles de Médecine nous ont envoyé des professeurs, des agrégés, des médecins des hôpitaux, des chefs de clinique et mêmes quelques étudiants. Enfin nous comptons parmi nous un certain nombre de praticiens de la ville et de la campagne, désireux de se tenir au courant du mouvement scientifique contemporain. A tous j'adresse les remerciements émus du corps médical nancéien. Je remercie particulièrement M. le Pr Bouchard de n'avoir pas reculé devant la fatigue d'un long voyage pour nous apporter le concours de sa grande autorité; vous vous joindrez à moi, j'en suis sûr, pour l'assurer de la gratitude, que lui mérite cette démarche amicale.

Je n'ai garde d'oublier de souhaiter également la bienvenue à ceux de nos confrères étrangers qui ont bien voulu se rendre à notre invitation. La Russie, la Belgique, la Hollande et la Suisse se sont fait représenter ici par plusieurs hautes personnalités scientifiques, que nous sommes heureux d'accueillir et au concours desquelles nous attachons le plus haut prix.

Les volumes, qui vous ont été distribués, renferment six monographies importantes, dont vous avez pu déjà apprécier la valeur et qui suffiraient, à elles seules, à assurer le succès du Congrès de Nancy. C'est grâce au zèle et à l'exactitude de Messieurs les rapporteurs que l'impression de l'ouvrage a pu être terminée de bonne heure et les exemplaires distribués dès le 26 juillet, c'est-à-dire dix jours avant l'ouverture du Congrès. Je ne saurais trop les en remercier.

A côté des rapports, le programme du Congrès comprend : 105 communications relatives à la pathologie générale, à la pathologie interne et à la thérapeutique. En raison de ce chiffre considérable de travaux, nous avons dû dédoubler certaines de nos séances, qui auront lieu simultanément dans des locaux voisins. Nous avons pris soin de grouper autant que possible les communications portant sur des sujets similaires; de la sorte chacun de vous sera libre de se rendre là où l'appelleront ses préférences. Et maintenant, Messieurs, il ne nous reste plus qu'à nous mettre au travail, et je terminerai en exprimant le vœu que votre séjour parmi nous vous soit à tous aussi agréable que possible, et qu'aucun ne regrette jamais les quelques jours qu'il aura consacrés au Congrès de Nancy.

Séance du jeudi 6 août 1896 (soir). — PRÉSIDENCE DE MM. BOUCHARD ET MAYET.

Le Congrès de Médecine de Nancy a commencé à travailler le jeudi 6 août, à 2 heures, dans le grand Amphithéâtre de l'Institut anatomique. L'ouverture de la séance s'est faite au milieu d'une assistance très nombreuse, environ deux cents personnes. M. le Pr BOUCHARD, président, a remercié de l'honneur auquel il a été appelé et dont il est heureux de profiter pour donner la parole à M. Roger. M. ROGER a alors exposé le résumé de son rapport sur les *applications des sérums sanguins au traitement des maladies.*

Des applications des sérums sanguins au traitement des maladies.

M. ROGER. — I. *Historique.* — La sérothérapie eut, comme toutes les méthodes scientifiques des précurseurs, qui n'enlèvent rien d'ailleurs au mérite de ceux qui en firent la véritable découverte. Maurice Raynaud, puis Chauveau firent des expériences sur l'influence du sérum des animaux vaccinés sur l'évolution de la vaccine. En 1884, M. Rondeau traita un mou-

ton inoculé du charbon par des injections de sang de chien. Mais la véritable inauguration de la méthode sérothérapique date des expériences de MM. Richet et Héricourt en 1888. Ces auteurs découvrirent que le sang de chiens, guéris d'une inoculation d'un microbe, le Staphylococcus pyosepticus, permettait de sauver d'autres animaux infectés par le même microbe. Babes et Lepp firent des observations analogues pour la rage. Bouchard constata que le sérum peut remplacer le sang dans les inoculations de ce genre (1890).

Ces expériences avaient été guidées par les travaux antérieurs de Grohmann et de Fodor, qui avaient constaté en 1884 et 1887 les propriétés bactéricides du sang défibriné. Flügge, Nüttal, Nissen reprirent ces recherches et Behring et Büchner (1888-1889) les appliquèrent au sérum. Metchnikoff, Gamaleïa et Nüttal établirent que les vaccinations préalables font éclore ou développent les propriétés bactéricides du sérum. Une nouvelle grande découverte de Behring et de Kitasato démontra que le sérum des animaux vaccinés n'a pas seulement un pouvoir bactéricide mais annihile l'action des toxines des microbes. Cette grande découverte appliquée à la diphtérie et au tétanos n'avait guère eu d'applications pratiques et les résultats des essais thérapeutiques étaient discordants, quand parut le travail de Roux et Martin, mettant hors de doute l'action du sérum et suivi d'une statistique de Chaillou sur son application aux Enfants-Malades. L'enthousiasme de cette découverte fut inouï et la sérothérapie donna lieu à des travaux parfois hâtifs et incomplets. Des notes discordantes survinrent qui aidèrent à remettre les choses au point et qui permettront d'user avec tout le bénéfice possible de la nouvelle méthode thérapeutique, qui en prenant une place prépondérante n'est pas néanmoins appelée à supplanter les autres procédés.

II. *Principes généraux de la sérothérapie.* — La sérothérapie repose sur l'action des produits developpés dans le sang sous l'influence de toxines bactériennes. L'inoculation de ces toxines bactériennes confère l'immunité; mais ces toxines s'éliminent en quelques jours et leur emploi direct est dangereux. C'est pour cela qu'à l'heure actuelle cette inoculation de toxine ou bactériothérapie a cédé le pas à la sérothérapie. La bactériothérapie donne lieu à une *immunité passive*, l'organisme se laissant imprégner par le poison; la sérothérapie crée une *immunité active*, qui relève d'un effort de l'organisme.

L'application de la sérothérapie nécessite d'abord la recherche de l'animal qui doit fournir le sérum. Les expériences nombreuses à ce sujet ont démontré que le choix de l'animal devait reposer seulement sur la quantité de sérum qu'il peut fournir et sur l'absence de toxicité de ce sérum. Les Equidés ont donné les meilleurs résultats.

Une fois l'animal choisi, il faut le vacciner; on peut le faire : 1° en lui inoculant des microbes vivants; 2° en injectant des toxines provenant de cultures; 3° en injectant des toxines provenant de l'organisme malade. Le premier procédé est peu pratique, l'animal pouvant mourir de l'inoculation. Le second est le plus employé, et Roux et Metchnikoff ont démontré que, pour l'appliquer, on obtenait de meilleurs résultats par des inoculations de petites doses successives que par l'administration d'une forte dose d'emblée.

L'action thérapeutique peut s'exercer en employant les substances solubles du sang, et le sang défibriné peut donner les mêmes résultats que le sérum. M. Delbet pense qu'il y aurait avantage à utiliser le sang total en empêchant sa coagulation au moyen de l'addition d'un oxalate. Cette méthode, appelée *hémothérapie*, est encore à l'étude. On a essayé de substituer au sang d'autres liquides de l'économie, le lait par exemple (Marchoux, Brieger, etc.), mais l'activité thérapeutique est beaucoup moins grande.

Quant à l'administration du liquide curateur, la voie sous-cutanée est plus sûre et préférable, et si parfois l'on veut obtenir une absorption par le tube digestif, il faut, selon le conseil de Chantemesse, donner le sérum en lavements.

La dose du sérum est déterminée par l'activité du liquide d'une part, par la gravité de la maladie de l'autre. L'activité du liquide a pour base la dose mortelle minima du cobaye et la dose d'immunisation contre la toxine dans le *sérum de Behring*. A l'Institut Pasteur, on détermine, non pas l'action antitoxique, mais l'action préventive contre le microbe vivant.

III. *Des diverses applications de la sérothérapie.* — La sérothérapie a été utilisée dans des maladies dont le microbe pathogène est connu, dans des infections dont le microbe n'est pas connu, dans des maladies spéciales aux animaux, à microbes connus et inconnus et dans des intoxications diverses.

A. Maladies dont l'agent pathogène est connu. — *Charbon.* — A Behring revient le mérite d'avoir démontré le pouvoir bactéricide du sang du rat sur la bactéridie. Ogata fit la même remarque pour le sang de la grenouille. Metchnikoff et Roux reprirent les expériences de Behring et conclurent de leurs expériences que le sérum de rat exerce une action directe sur la bactéridie. Sclavo et Marchoux firent alors des expériences avec le sérum d'animaux vaccinés. Pane et Trapani ont repris tout récemment ces travaux; mais les résultats obtenus ne sont pas encore très encourageants.

Choléra. — En 1892, Lazarus constata que le sang des malades guéris du choléra jouissait de propriétés immunisantes. Pfeiffer et Issaeff sont parvenus à obtenir des sérums très efficaces, mais seulement contre la péritonite que cause parfois le microbe du choléra. Ransom s'est beaucoup plus rapproché du but; au lieu d'immuniser ses animaux avec des cultures de vibrions, comme le faisaient Pfeiffer et Issaeff, il se servit de toxines. Les résultats expérimentaux de Ransom ont été très favorables et tout porte à croire que les recherches cliniques donneront les mêmes résultats.

Coli-bacillose. — Le bactérium-coli, qui cause tant d'infections, semble aussi devoir être sous peu réduit à l'impuissance par des sérums appropriés, s'il faut en croire les expériences de Demel et Orlandi, Salvati et Gaetano, Albarran et Mosny. Se basant sur les analogies du coli-bacille et du bacille d'Eberth, Sanarelli a obtenu la vaccination réciproque par les deux bacilles. Au point de vue de la sérothérapie, Lœffler et Abel ont établi que si les sérums de coli-bacillose agissent sur l'infection typhoïdique et réciproquement, chaque genre a une action néanmoins plus marquée sur le microbe spécial dont il dérive.

Diphtérie. — Frænkel avait déjà tenté la vaccination de cette maladie en soumettant les cultures du microbe à une température de 90° à 100°, mais ses résultats furent peu encourageants. Tout le monde connaît comment Behring trouva le moyen d'immuniser les animaux et reconnut la valeur thérapeutique du sérum. Hénoch, qui publia en 1892 la première statistique des résultats obtenus par ce procédé, ne fut guère encourageant. Roux, Martin et Chaillou, après avoir perfectionné les procédés de Behring, publièrent au Congrès de Budapesth de 1894 la première statistique avec des résultats très favorables et basée sur un très grand nombre de cas.

L'auteur tend à réagir contre l'emploi à tort et à travers du sérum antidiphtérique. Il croit qu'il faut tenir grand compte des signes cliniques et dans les cas douteux, attendre avant d'injecter le sérum un examen bactériologique. Cet examen du reste est toujours utile; il peut aider à faire le pronostic. Il est, en effet, établi que dans les cas de diphtérie avec association microbienne, le sérum agit moins activement. L'analogie du bacille qui selon Belfanti et Della Vedora causerait l'ozène, avec celui de la diphtérie, a porté quelques bactériologistes à tenter la cure de cette maladie par les injections de sérum antidiphtérique, mais les améliorations obtenues sont contestables.

La *lèpre* (Carasquilla), la *morve* (Chenot et Picq) ont été aussi traitées par la sérothérapie; mais les recherches à leur sujet sont encore trop rares.

La *pneumococcie* a fait l'objet de recherches de la part de Foa, Klemperer, Roger, Charrin, etc.. Righi, dans un cas de méningite aiguë à pneumocoques, aurait obtenu en la traitant par le sérum la guérison au huitième jour. Cette observation, bien qu'isolée, est encourageante.

La *proteo-bacillose* (de Nittis) et la *pyocyano-bacillose* (Richet, Héricourt, Behring, Bouchard) bien que ne tenant pas une grande place en pathologie humaine ont donné lieu à des expériences de laboratoire intéressantes.

La *staphylococcie* a été aussi l'objet d'essais sérothérapiques par Héricourt et Richet, Rodet et Courmont, Viquerat

Rose, etc.; mais les effets obtenus par les sérums ne sont pas actuellement suffisants.

Streptococcie. — Le streptocoque a permis de faire de plus satisfaisantes recherches. Les tentatives d'immunisation des animaux ont été faites de trois façons : 1° vaccination par cultures vivantes (Lingelsheim) qui ont été atténuées par la chaleur, ou par l'addition de trichlorure d'iode; 2° vaccination par cultures stérilisées, procédé difficile à employer, car ces cultures contiennent deux sortes de substances, les unes diminuant, les autres augmentant la résistance ; 3° vaccination par procédés mixtes, qui a donné de bons résultats à Mironoff. Roger, dans la fabrication de son sérum, immunise les animaux par l'injection de cultures streptococciques stérilisées par la chaleur et réduites ainsi au sixième de leur volume. Vinoy se sert de cultures filtrées sur une bougie de porcelaine et Marmorek injecte des cultures vivantes d'un streptocoque qu'il est parvenu à rendre d'une virulence excessive, puisque *un cent milliardième de centimètre cube* suffit à tuer un lapin. La première tentative d'applications sur l'homme a été faite par Gramakowsky. Depuis, Roger, Marmorek, ont vulgarisé la sérothérapie antistreptococcique. Chantemesse a publié des résultats que Bolognesi a discuté, car les érysipélateux traités par Chantemesse avec le sérum de Marmorek seraient pour la plupart guéris avec un traitement quelconque, vu le manque de gravité ordinaire de l'érysipèle à un certain âge. Les accoucheurs ont obtenu dans des cas de fièvre puerpérale des guérisons inespérées. Néanmoins, il y aura toujours dans les infections à streptocoques des échecs partiels, à cause des fréquentes associations microbiennes qui les accompagne, bien que Parascandolo soit parvenu à obtenir un sérum thérapeutique provenant de plusieurs microbes associées.

Tétanos. — Behring et Kitasato ont découvert le sérum antitoxique du tétanos. Ce sérum joue un rôle préventif et est sans inconvénient; on peut l'employer comme vaccinant (Roux, Vaillard, Nocard).

Tuberculose. — Richet et Héricourt firent les premières applications de la sérothéraphie à la tuberculose en transfusant du sang de chien ; mais cette méthode, comme beaucoup d'autres analogues, fut abandonnée. Les tentatives d'immunisation des animaux sont plus difficiles pour la tuberculose que pour d'autres maladies; aussi n'arrive-t-on pas à des résultats rapides. Koch tient à en voir l'immunisation par la tuberculine.

Actuellement, les recherches se basent sur trois groupes de procédés pour obtenir l'immunisation des animaux :

1° L'emploi de cultures vivantes ;
2° L'emploi de cultures stérilisées ;
3° Les méthodes mixtes.

Maragliano, de Gênes, a reconnu que les cultures tuberculeuses contenaient deux sortes de substances toxiques, les unes, qui sont celles de la lymphe de Koch, proviennent des bacilles eux-mêmes, les autres différentes sont surtout des toxalbumines qu'on peut séparer par la filtration à la porcelaine des cultures. Ces derniers principes ont une action absolument contraire à celle de la lymphe de Koch. Maragliano parvient à obtenir son sérum en injectant à doses progressives un mélange de trois parties des premières substances et d'une des secondes, et il obtiendrait au bout de six mois un sérum curatif. Ce sérum, aux doses indiquées par Maragliano, n'est pas dangereux et paraît d'une certaine efficacité.

Fièvre typhoïde. — Chantemesse, Widal, Klemperer, Levy ont fait des recherches sur la sérothérapie de la dothienentérie; mais il serait encore téméraire de tirer une conclusion de faits encore trop peu nombreux.

Le *typhus recurrent* a donné lieu aussi à des recherches analogues de la part de Gabritchewsky.

B. Maladies infectieuses dont l'agent pathogène est inconnu. — Parmi ces maladies, les unes sont transmissibles aux animaux. Pour la *rage*, Babès, par des expériences, a démontré que le sérum d'animaux très fortement immunisés par la méthode pasteurienne pouvait être fort utile, surtout dans les cas très urgents.

De nombreuses expériences ont été faites sur le *virus vaccinal* et la *variole*. Béclère, Chambon, Ménard ont établi la valeur thérapeutique du sérum de génisse vaccinisée ; mais les applications de la sérothérapie aux varioleux par Béclère ne sont pas concluantes.

Les maladies infectieuses qui ne se transmettent pas aux animaux : la *coqueluche*, la *scarlatine*, le *typhus exanthématique*, le *rhumatisme* ont aussi donné lieu à des expériences de sérothérapie, mais là, les résultats paraissent devoir se faire attendre plus longuement. Pour la *syphilis*, la sérothérapie est actuellement nettement inférieure au traitement classique (Neumann). Pour le *cancer*, le sérum obtenu par l'injection de liquide cancéreux aux animaux (Richet et Héricourt) n'a pas donné de résultats. L'emploi d'un sérum streptococcique préconisé par Emmerich et Scholl a dû être abandonné. Enfin Delbet a récemment isolé un microbe spécial d'un lymphadénome et a entrepris à ce sujet des expériences thérapeutiques.

C. Maladies propres aux animaux. — Les recherches sérothérapiques sont aussi activement faites en médecine vétérinaire ; c'est ainsi que Deutschmann s'est livré à des études sur la sérothérapie du *charbon symptomatique;* que Silberschmidt, Metchnikoff, Lorenz ont étudié non sans succès les maladies des porcs (*swine-plague, hog-cholera, pneumo-entérite, rouget*), que Gamaleia, Behring et Nissen ont fait des recherches sur la *septicémie aviaire.* Même des maladies dont l'agent pathogène est inconnu: la clavelée, la maladie des chiens, ont été l'objet de travaux importants de Duclert et de Cadiot.

D. La sérothérapie dans les intoxications.— La méthode sérothérapique n'a pas donné de résultats que dans les seules intoxications par les toxines microbiennes. Erlich l'appliqua avec succès contre les toxalbumines végétales et parvint ainsi à annihiler l'action de l'*abrine* et de la *ricine*. Les expériences de Roger sur la strychnine et la nicotine, de Calmette sur l'ouabaïne et la strychnine ont donné des résultats négatifs. Fubini aurait obtenu des succès pour les sels de morphine. Enfin Phisalix et Bertrand d'une part et Calmette de l'autre sont arrivés à obtenir des sérums antivenimeux contre la morsure des serpents. Ces sérums ont été déjà expérimentés sur l'homme avec succès, à Saïgon, par Lepinay.

IV. *Accidents imputables à la sérothérapie.* — Les accidents imputables à la sérothérapie peuvent consister en *manifestations cutanées.* Parmi ces manifestations, les abcès ne s'observent que pour le sérum antistreptococcique provenant d'animaux immunisés au moyen de cultures vivantes ; on pourra éviter cet accident en filtrant le sérum sur une bougie de porcelaine et en retirant à l'animal immunisé le sang plus longtemps après la dernière inoculation de culture vivante. Les exanthèmes ne sont pas rares ; ils consistent en érythèmes polymorphes, scarlatiniformes, rubéoliformes, ou urticaires. Des *arthropathies* ont été encore signalées avec de l'œdème au niveau des pieds et des mains. Comme troubles généraux, Variot a insisté sur la fièvre. Les modifications de l'urine sous l'influence du sérum sont plus importantes. Outre la polyurie, la diminution des chlorures, l'augmentation de l'urée et des phosphates que l'on observe après toutes les injections de sérum même artificiels, on a constaté parfois de l'albumine, des hémorrhagies, de véritables néphrites. Certains ont voulu attribuer ces accidents à une infection secondaire; d'autres ont prétendu que le sérum réveillait une affection latente ou ancienne des reins. Généralement ces accidents post-sérothérapiques ne sont pas très graves cependant elles ont pu parfois inquiéter. En outre, on a observé des hémorrhagies généralisées dues à une modification du sang. Zagari et Calabrer ont noté une diminution des hématies et de leur richesse en hémoglobine. Des diarrhées dysentériformes, des adénopathies, des tuméfactions de la rate, des troubles cardiaques se sont parfois manifestés. Ces accidents sont exceptionnels, n'infirment en rien la valeur de la méthode, au lieu de se produire par l'influence de l'antitoxine, ils résultent du sérum lui-même. Sevestre les attribue à des infections streptococciques secondaires; la plupart inclinent à incriminer les matières albuminoides du sérum.

V. — *Mode d'action des sérums thérapeutiques.* — Il est difficile de donner une explication du mode d'action des sé-

mms. Depuis longtemps, on connaît les propriétés bactéricides du sérum du sang. On a constaté, d'une façon indéniable, que ces propriétés étaient accrues chez les animaux vaccinés. Les sérums modifient en outre la morphologie des microbes et ont sur eux une action curieuse qui consiste à les agglomérer, à les obliger de *s'agglutiner*, peut-être sous l'influence d'une substance spéciale hypothétique que Gruber désigne sous les noms de *glabrine* et de *glabrificine*. Cette substance modifierait le microbe et le rendrait perméable aux alexines, substances non spécifiques, bactéricides, qui pourrait léser le protoplasma bactéridien. Le chauffage à 70° ferait disparaître ces propriétés des sérums. Pfeiffer explique la destruction des bacilles virgules injectés dans le péritoine des cobayes vaccinés par l'action bactéricide des produits sécrétés par les cellules de la séreuse. Metchnikoff ne nie pas le phénomène observé par Pfeiffer, mais l'attribue à l'action de principes échappés aux leucocytes morts. Quoiqu'il en soit, le sérum a une action manifeste sur les fonctions du microbe dont il atténue la virulence. Ce n'est que sur les microbes à virulence atténuée, que lorsque les humeurs du sang ont produit une modification suffisante du microbe que les leucocytes peuvent intervenir et avoir raison de ce dernier par la phagocytose. On a aussi émis l'hypothèse de la stimulation des phagocytes par le sérum vaccinant.

La *propriété antitoxique des sérums* est encore plus difficile à expliquer. Behring considérait l'antitoxine comme un neutralisant simple de la toxine, comme par exemple la base neutralise l'acide; mais il est démontré (Buchner) que ce phénomène n'est pas réel, que l'antitoxine n'agit pas sur la toxine mais bien sur l'organisme lui-même, mettant les cellules dans un état qui les empêche d'être influencées par les toxines.

Conclusions. — Jusqu'alors le traitement de la diphtérie seul a bénéficié d'une façon indiscutable de la sérothérapie. On ne peut, du reste, conclure de l'animal en expérience à l'homme malade, d'une façon mathématique, car l'homme malade se trouve sous l'influence d'un état général mauvais qui lui a permis de contracter la maladie. Malgré les satisfactions que donnent les méthodes sérothérapiques, il ne faut pas pour cela dédaigner les procédés thérapeutiques antérieurs. Chez une femme atteinte de fièvre puerpérale, par exemple, on ne négligera pas, sous prétexte de sérothérapie, les curettages, les lavages intra-utérins, etc., etc. Enfin, l'auteur pense que, sans préjuger de l'avenir, la sérothérapie ne bouleversera pas complètement l'art de guérir. Les cliniciens devront en fixer les indications, l'associer aux autres procédés. Les expérimentateurs perfectionneront, purifieront les sérums et chaque découverte dans cette voie, chaque progrès sera un nouveau résultat acquis au soulagement de l'humanité.

M. Bouchard remercie M. Roger de son intéressant travail et s'associe aux applaudissements de l'assistance.

M. Haushalter expose le résumé de son rapport sur l'*application des sérums au traitement de la diphtérie et du tétanos.*

De l'application des sérums au traitement de la diphtérie et du tétanos.

M. Haushalter. — I. De l'application du sérum au traitement de la diphtérie. — L'histoire réelle de la diphtérie ne remonte pas à un siècle. Bretonneau, puis Trousseau, déterminèrent son rôle en pathologie. En 1883, Klebs découvre l'agent pathogène, et, en 1884, Lœffler étudie, isole, cultive le bacille vu par Klebs. En 1888, Roux et Yersin font une série d'intéressantes recherches sur le microbe de Klebs-Lœffler et les poisons qu'il produit. Ces auteurs démontrent que les cultures de ce microbe filtrées et par conséquent sans microbes déterminent les accidents généraux de la diphtérie. Ils notent encore les variations de toxicité de ces produits microbiens. La nature de cette toxine de la diphtérie a donné depuis lieu à des travaux très nombreux et fort discutés, Brieger et Frænkel en font une toxalbumine; Gamaleïa, une nucléo-albumine; Roux et Yersin la classerait parmi les diastases.

I. *Vaccination expérimentale antidiphtérique.* — Dès la découverte du microbe, on songe à la vaccination. Hoffmann, en 1887, annonce au Congrès de Wiesbaden qu'il a vacciné des cobayes avec des vieilles cultures. Frænkel, suivant le procédé usité par Charrin et Gamaleïa, qui consiste à chauffer les cultures, fait des essais analogues. Puis, en 1890, Behring et Kitasato annoncent non seulement avoir vacciné des animaux sains, mais avoir guéri des animaux infectés. Behring essaya divers procédés pour aboutir à ce résultat; mais le seul pratique consiste à inoculer des cultures additionnées de trichlorure d'iode : on arrive à un point où l'animal en expérience supporte une injection de culture mortelle pour des animaux témoins. L'animal ainsi immunisé est non seulement réfractaire au microbe, mais au poison que ce dernier produit. Le sérum de son sang chargé d'antitoxine est toxique pour les animaux non immunisés. Behring poursuivit encore ses recherches et démontra que le sérum de ces animaux vaccinés injectés à dose convenable neutralisait les effets nocifs des microbes et de leurs toxines durant un temps déterminé. Fort de ces notions, Behring appliqua à l'homme le résultat de ces expériences, en 1893, à Hœchst sur le Mein.

Sans diminuer en rien la valeur de la découverte de Behring, il est bon de revendiquer pour Richet et Héricourt (1888) la première idée d'*utiliser dans un but thérapeutique le sang d'animaux vaccinés* et de rappeler qu'en 1890 Bouchard employa dans le même but contre l'infection pyocyanique le sérum d'animaux vaccinés pour cette infection. Roux, qui, depuis 1891, faisait des expériences dans le même but, améliora, avec Martin, le procédé d'immunisation de Behring en lui appliquant le procédé qu'il avait inauguré avec Vaillard pour l'immunisation antitétanique. Enfin Roux, Martin et Chaillou donnèrent au Congrès de Buda-Pesth, en septembre 1894, la première statistique importante de la sérothérapie antidiphtérique. Sur 300 enfants infectés, soignés aux Enfants-Malades par la sérothérapie, la mortalité avait été de 26 0/0, tandis qu'à la même époque, à l'hôpital Trousseau, 520 enfants diphtériques soignés par les traitements ordinaires avaient donné une mortalité de 60 0/0.

II. *Immunisation du cheval. — Préparation du sérum antidiphtérique.* — Le cheval est l'animal de choix; il faut le choisir bien portant et l'éprouver au point de vue de la morve par une injection de malléine. Pour immuniser le cheval, on lui fait des injections croissantes de toxine diphtérique. La toxicicité de la toxine étant en rapport avec la virulence de la culture, Roux et Martin ont tâché d'exalter cette virulence ; ils y parviennent en cultivant le bacille en minces couches sur bouillon peptonisé alcalinisé contenus dans des vases plats à tubulure latérale (vase de Fernbach) par lesquels circule un courant d'air humide. Au bout de trois semaines, la culture est assez riche en toxine pour tuer, après filtration, un cobaye de 500 gr. en quarante-huit heures à la dose de un dizième de centimètre cube. La toxine est filtrée à la bougie Chamberland et conservée à l'abri de la lumière. Behring et Roux se servent alors de cette toxine additionnée d'un tiers de solution iodée à 1 pour 300. On immunise alors le cheval en injectant vers l'encolure un quart de centimètre cube de toxine iodée. On augmente après quelques semaines ; on diminue alors l'iode et on augmente la toxine ; enfin, à un moment, on peut injecter sans trop forte réaction 250 cc. de poison actif. On peut alors retirer du sérum actif au cheval. On dit que le pouvoir du sérum est de 50,000 ou de 100,000, quand un cobaye de 500 gr. inoculé de un demi-centimètre cube de culture virulente est préservé par une injection de sérum égale à 1/50,000 ou 1/100,000 de son poids. On peut maintenir le cheval dans un état de source continue de sérum, en lui renouvelant de petites injections de toxine.

III. *Le sérum et le lait antidiphtérique. — Calcul de la valeur antitoxique du sérum.* — Le sérum doit être recueilli et conservé aseptiquement, la filtration faisant tomber de 100 à 30 son pouvoir ; la chaleur l'altère; il peut être conservé, desséché. On a tenté de retirer le sérum du lait de femelles immunisées, mais ce procédé n'est guère entré dans la pratique. Une chose importante est de déterminer la valeur du sérum. Roux considère comme suffisamment antitoxique le sérum qui, à la dose de 1/000 de cc. protège un cobaye de 500 g. contre une inoculation de 1 cc. de culture virulente pratiquée 24 h. après.

IV. *Action du sérum dans la diphtérie expérimentale.* — Le sérum est toxique pour les animaux sains. Chez les animaux inoculés de diphtérie, il est curatif même si on l'injecte 24 h. après l'inoculation virulente et de fortes doses peuvent guérir le sujet, tant qu'il n'est pas, tombé dans l'hypothermie finale. La présence d'une association streptococcique diminue et annihile même l'action du sérum antidiphtérique.

V. *Mode d'action du sérum antidiphtérique dans la diphtérie.* — La neutralisation simple de la toxine de la diphtérie par le sérum n'existe pas, comme le croyaient Behring et Kitasato ; il se produit sans doute une double action : stimulante d'une part sur l'organisme et antiseptique chimique d'autre part.

VI. *Sérum antidiphtérique dans la diphtérie humaine.* — Avec le sérum de Roux, les doses suivantes doivent être conseillées, dans les cas bénins chez l'enfant, commencer par injecter 10 cc. ; dans les cas graves, 20 cc. et chez l'adulte au moins 30 cc. comme dose initiale. La seconde injection se fait ordinairement 24 heures après. La voie sous-cutanée avec toutes les précautions d'asepsie voulues est préférable, bien que Chantemesse ait obtenu de bons résultats par voie rectale. La fausse membrane se flétrit et tombe au bout de deux ou trois jours, quatre jours dans les cas graves. L'engorgement ganglionnaire s'atténue; les phénomènes généraux disparaissent. Il y a assez fréquemment, après l'injection, une élévation légère de la température (Variot). La défervescence n'est pas brusque, mais en lysis. Les paralysies diphtériques ne paraissent pas influencées par le sérum. L'albuminurie serait plus rare selon les uns, plus fréquente selon d'autres, lorsque l'on traite la diphtérie par le sérum. L'action sur les urines provient de l'action générale du sérum sur la nutrition (diurèse, hyperazoturie, phosphaturie, diminution des chlorures). Le sérum cause parfois des exanthèmes (érythèmes, purpura, etc.). Des arthropathies surviennent parfois. L'on a vu assez rarement survenir des symptômes alarmants quelques jours après les injections de sérum; mais on ne sait s'il ne faut pas les attribuer à une infection. comme c'est l'avis d'Hutinel.

VII. *Résultats généraux de la sérothérapie antidiphtérique.* — L'abaissement du taux général de la mortalité a diminué de 65 0/0. La mortalité de la diphtérie est tombée de 55 à 35 0/0 à 12 à 25 0/0. Plus l'injection est faite précocement, meilleurs sont les résultats. Les résultats sont moins favorables chez les très jeunes enfants. L'association microbienne nuit aux bons effets de la sérothérapie. Le croup bénéficie beaucoup de la sérothérapie : la trachéotomie est plus rarement indiquée et le tubage se pratique avec plus de succès, donnant une mortalité de 13 0/0.

VIII. — *Des indications de la sérothérapie antidiphtéritique.* — Lorsque les angines sont *non membraneuses, mais à bacilles de Lœffler*, si les signes cliniques ne sont pas ceux de la diphtérie, on ne fera pas d'injection de sérum ; la bactériologie devra céder le pas à la clinique.

Lorsque les angines diphtériques sont membraneuses et que l'on ne trouve dans l'exsudat uni à un autre microbe que le bacille court. on pourra hésiter au point de vue de l'application du sérum (Sevestre); l'injection ne serait formellement indiquée qu'en cas de phénomènes laryngés. Lorsqu'il s'agit d'une *angine membraneuse légère à foyers circonscrits, sans phénomènes généraux* ou avec *phénomènes généraux très atténués*, on pourra rester en observation au moins jusqu'au moment où l'on aura connaissance de l'examen bactériologique. On ne devra pas attendre quand les *exsudats pharyngés* seront d'emblée *multiples et très extensifs*, *les troubles laryngés* même légers et quand, même sans exsudats visibles, il existera des *phénomènes de suffocation*. Quand il y a association de streptocoque et dans le cas de broncho-pneumonie, il faut joindre au sérum antidiphtérique une injection de sérum antistreptococcique. Quand il y a *croup*, on attendra après la sérothérapie, pour intervenir chirurgicalement. le tirage ou les troubles cardiaques. L'intubation sera tentée. La trachéotomie s'impose quand les fausses membranes descendant au-dessous du larynx et que le malade a rendu des membranes ramifiées, du pus, s'il y a trachéite ou bronchite (Variot). Le tubage est contre-indiqué dans les cas de diphtérie toxique, quand il y a broncho-pneumonie étendue ou bronchite membraneuse (Chaillou).

VIII. *Des injections préventives de sérum antidiphtérique.* — L'action préventive du sérum, bien que très probable, n'est pas formellement démontrée chez l'homme. Cette action, en tous cas, est passagère, et il est actuellement légitime de s'abstenir d'en faire usage. Un cas de mort subite dans un cas d'injection prophylactique faite à l'enfant d'un médecin de Berlin engage à la prudence ; tout au plus en dehors des mesures hygiéniques pourrait-on user de la sérothérapie préventive dans une épidémie de diphtérie tenace, rebelle, meurtrière.

II. De l'application du sérum antitétanique au traitement du tétanos. — Nicolaïer, en 1884, découvrait le microbe tétanique soupçonné. Kitasato, en 1889, établit de façon irréfutable la spécificité de ce bacille et le cultive à l'état de pureté. Vaillard établit le rôle des associations microbiennes dans le tétanos. Vaillard et Vincent étudient le poison du tétanos qui paraît être de nature diastasique. L'on n'est guère d'accord sur le mode d'action de ce poison, les uns bornant son action aux centres nerveux, les autres (Courmont et Doyon) lui faisant fabriquer un second poison aux dépens de l'organisme.

I. *Vaccination et immunisation expérimentale antitétanique. Sérum antitétanique.* — Dès 1890, Behring et Kitasato immunisaient contre le tétanos en injectant des cultures filtrées suivies d'une injection de trichlorure d'iode.

Vaillard injecta des cultures additionnées d'acide lactique, des cultures à toxicité entière, des cultures filtrées et chauffées, à température progressivement décroissante; il parvint à conférer l'immunité aux cobayes durant un an au moins. Roux améliora ces procédés et en rendit l'application plus rapide. Behring, en décembre 1890, découvre la propriété antitoxique du sérum. Nizzoni, Catani, Vaillard confirment les recherches de Behring. Kitasato d'abord, puis ces auteurs, font des applications thérapeutiques chez l'homme, mais encore peu concluantes. Le sérum a des propriétés curatives; il a aussi des propriétés immunisantes moins actives que la toxine, mais durant environ 50 jours. Les expériences de Vaillard démontrent que l'action du sérum a lieu sur l'organisme et non sur le microbe ; celui-ci se développerait si la phagocytose exaltée ne venait le détruire.

II. *Du sérum antitétanique dans le tétanos expérimental.* — L'expérience démontre que le sérum antitétanique ne peut rien ou presque rien vis-à-vis du tétanos arrivé à la période des contractures ; il peut dans certaines conditions être curatif à la période qui précède les contractures. Le sérum peut prévenir les symptômes tétaniques, s'il est injecté à la période prététanique ou simplement les retarder.

III. *Du sérum antitétanique dans le tétanos humain.* — Le sérum liquide, le sérum sec, l'antitoxine de Nizzoni n'ont donné aucun résultat thérapeutique bien établi dans le tétanos humain déclaré. Comme agent préventif, son rôle paraît mieux établi chez les animaux (Nocard). Il pourrait être utile en chirurgie de guerre où le tétanos fait beaucoup de victimes. Roux envoya, durant l'expédition du Dahomey, du sérum desséché aux médecins de l'armée ; l'insuccès fut complet, une fois la maladie déclarée. Aucun des malades préventivement injectés n'eut le tétanos. Mais ces renseignements sont trop sommaires pour permettre de conclure. J. Noir.

M. Bouchard a demandé, avec l'autorisation du Pr Pitres, président du Congrès, à M. le Pr Mayet de le remplacer au fauteuil.

On a passé ensuite aux communications diverses.

Oblitération de la veine iliaque primitive.

M. Widal. — Je suis, depuis tantôt deux ans, un malade atteint d'une oblitération de la veine iliaque primitive du côté droit, consécutivement à une phlébite lentement progressive et ascendante, à point de départ fémoral. Depuis quelque temps, la veine cave semble s'oblitérer elle-même. Voici, résumée, l'histoire de cette lésion, dont les débuts remontent déjà à 26 ans. Cet homme, âgé actuellement de 57 ans, reçut à la

bataille de Sedan, à quelques centimètres au-dessous du pli de l'aine, dans la région de la veine fémorale, un éclat d'obus qui a laissé sur la peau de la région deux cicatrices transversales et blanchâtres. Le même éclat d'obus enleva en partie la peau de la verge et du scrotum, du côté droit; deux larges cicatrices blanchâtres persistent également en ce point. Le projectile ne fut extrait de la cuisse que trois jours après la blessure. Il laissa une plaie profonde qui ne fut complètement guérie qu'après un séjour de 8 mois à l'hôpital. Cet homme se livra alors au dur métier de portefaix et, peu de temps après, vit pour la première fois, apparaître des varices aux deux jambes, mais principalement à droite. A partir de ce moment, chaque fois que cet homme se surmenait, apparaissait un œdème localisé à la jambe droite. Avec le temps, cet œdème finit par s'installer d'une façon permanente sur tout le membre inférieur, jusqu'à la racine de la cuisse. Depuis cinq ans, des ulcères variqueux sont survenus, passant successivement d'une jambe à l'autre. En 1892, sans cause apparente et sans symptômes douloureux, une circulation veineuse superficielle commença à se développer sur le côté du corps. En novembre 1894, il fut pris subitement, au milieu de son travail, d'une impotence fonctionnelle complète de sa jambe droite et fut transporté dans notre service. Les deux membres inférieurs, au niveau des mollets, sont couverts de petites veinosités capillaires. Sur toute la cuisse, du côté droit à la veine et externe rampent de grosses veines sinueuses superficielles, du diamètre d'une plume d'oie. Ces veines remontent en augmentant de volume sur la partie antérieure et droite de l'abdomen. Au-dessus de l'artère crurale droite, elles forment en un point, un gros paquet variqueux large comme une moitié d'orange environ. De ce gros paquet variqueux sus-inguinal, s'élèvent parallèlement de grosses veines superficielles dilatées, sans jamais dépasser la ligne médiane, contournent le côté droit de l'ombilic, puis s'élèvent encore vers le mamelon en devenant de plus en plus volumineuses. Elles vont enfin en se perdant vers l'aisselle, gagnant sans doute la veine cave supérieure par les anastomoses de la mammaire interne. Le sang dans toutes ces veines, refluait de bas en haut. Quand le malade est de la station verticale et surtout lorsqu'il vient de marcher, tout le niveau veineux superficiel devient plus rigide et toute la moitié droite du corps apparaît sillonée de grosses veines s'anastomosant au niveau du quart supérieur de la cuisse, sur la fesse du côté droit, sur toute la partie antérieure et latérale droite de l'abdomen et du thorax. Je répète que toutes ces veines dilatées marchent juste sur la ligne médiane qu'elles ne dépassent jamais. On n'observe que quelques grosses veines superficielles à la partie postérieure de la cuisse. Après quelques semaines de repos, cet homme quitta l'hôpital et put reprendre le dur métier de débardeur. Il continue à l'exercer, et de temps en temps, lorsqu'il est fatigué, il vient se reposer quelques semaines dans mon service. Depuis quelques mois, il supporte plus diffilement la fatigue et quelques grosses dilatations veineuses commencent à apparaître sur le côté droit. Ce fait nous montre qu'à côté des phlébites aiguës ou subaiguës, il est des phlébites à marche chronique et lente, mettant de longues années à s'étendre aux segments voisins du point primitivement lésé. Dans ces conditions, le sang se coagule, oblitère le vaisseau et la thrombose suit pas à pas la phlébite. C'est alors que la circulation collatérale se développe avec le luxe dont nous avons parlé. Dans notre cas, la phlébite partant du haut de la fémorale, semble avoir mis plus de vingt ans à oblitérer l'iliaque primitive et le processus semble maintenant commencer à s'étendre à la veine cave. Par contre, on peut observer, comme nous l'avons vu récemment, l'oblitération complète de la veine cave inférieure et des iliaques, sans développement de circulation collatérale et même sans œdème marqué. Peut-être dans ce cas, le processus d'oblitération a-t il une marche plus aiguë.

Thrombose de la veine cave inférieure.

MM. Haushalter et G. Etienne rapportent trois observations de thromboses de la veine cave inférieure ne s'étant manifestés pendant la vie que par des signes très atténués. A l'autopsie, on constata dans ces cas que les extrémités périphériques des veines étaient indemnes, ce qui explique le peu de symptômes. Le système veineux superficiel permet le rétablissement du cours du sang; si, au contraire, les extrémités périphériques sont intéressées, les voies de retour sont fermées à l'origine, l'œdème apparaît; de plus, dans ces cas, les lésions des petites veines des nerfs déterminent la douleur, et le syndrome *phlegmentia alba dolens* est constitué. En outre, ces trois cas ont été constatés chez des tuberculeux, c'est-à-dire dans une affection où les ganglions lymphatiques sont indurés, et, notamment, les ganglions périveineux; dans ces cas, il peut y avoir infection des ganglions, et par vicinale infection, infection des tissus cellulaire périveineux, périphlébite, phlébite et coagulation veineuse. Dans plusieurs cas, les auteurs ont trouvé le bacille d'Eberth dans ces ganglions à l'autopsie de typhoïdiques; et, dans un cas, ils ont trouvé le bacille d'Eberth dans le caillot et dans la peau de la veine thrombosée.

Thrombose des veines coronaires du cœur.

M. G. Etienne. — Un jeune homme, âgé de 18 ans, entre au service, atteint d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité; l'évolution se fait normalement, lorsqu'au cinquante-unième jour de la maladie, il tombe dans le collapsus et meurt trois jours plus tard. A l'autopsie, M. Etienne trouva une thrombose de la grande veine coronoraire cardiaque, se manifestant par la présence d'un cordon dur, saillant, au milieu du muscle cardiaque flasque. L'examen histologique ne laisse pas de doute sur la nature de la lésion.

Sur la pathogénie des coagulations sanguines intra-vasculaires.

M. le Dr Maurel présente sur cette question un certain nombre d'observations, qu'il divise lui-même en trois groupes: 1° Les premières relatives aux conditions qui provoquent ou favorisent la précipitation de la fibrine; 2° les deuxièmes relatives à son mode de perception; 3° enfin les troisièmes relatives aux diverses variétés de thromboses pouvant se produire dans l'organisme.—Les conclusions sont les suivantes: 1° Qu'au moins dans la plupart des cas, les thromboses, à leur début, sont leucocytiques; et il explique plusieurs modes d'action des leucocytes selon qu'ils sont amiboïdes ou non; 2° que les thromboses peuvent commencer dans les artères ou dans les veines, quand leur endothélium est altéré, mais que le plus souvent elles commencent dans les capillaires; 3° que ces thromboses peuvent-être fibrineuses ou non fibrineuses; 4° que tout en admettant qu'il doit y avoir des exceptions jusqu'à présent, il semble que le plus souvent les thromboses fibrineuses sont d'origine microbienne.

Un cas d'endartérite oblitérante.

M. Heydenreich (doyen de la faculté de Nancy). — J'ai eu l'occasion d'observer, il y a quelques années, un cas d'endartérite oblitérante, dont voici la description sommaire. Un cordonnier, ne présentant aucune tare diathésique ou acquise, fut pris, à l'âge de 31 ans, de douleurs localisées aux deux mains et au mollet droit, paraissant et disparaissant tour à tour. Au bout de trois mois, à la suite d'une piqûre insignifiante sous l'ongle de l'index droit, il se forma en ce point une crevasse entouré d'une induration et accompagnée de vives douleurs; une eschare ne tarda pas à paraître, l'ongle tomba et la phalange se montra à nu. La gangrène progressa ensuite, et au bout de huit mois, le malade se fit amputer les deux dernières phalanges. Peu de temps après, les cinq orteils du côté droit devenaient brusquement bleus et insensibles, et les trois derniers doigts de la main droite ne tardaient pas être envahis de la même façon. A la main, la gangrène affecta la forme sèche et aboutit au bout de deux ans à l'élimination des deux dernières phalanges de chaque doigt. Au pied, la grangrène, après avoir débuté sous la forme sèche, attaqua lentement l'avant-pied sous la forme humide. Les pulsations artérielles étaient à peine perceptibles ou même manquaient totalement au-dessus des parties mortillées. La sensibilité était intacte en dehors des points gangrénés. Il existait des douleurs violentes, mais localisées au niveau des foyers du sphacèle; elles affectaient le caractère de causalgie. Ces souffrances me décidèrent quatre ans après le début de la maladie, à pratiquer l'amputation susmolléolaire de la jambe. Cependant l'affection

continua sa marche progressive. De petites eschares, suivies d'ulcérations, se montrèrent sur ce qui restait de l'index droit, puis sur la main gauche jusque-là indemne. Des vomissements survinrent ; le malade se plaignit d'essoufflements, d'accès douloureux de suffocation ; c'étaient des crises d'angine de poitrine. Enfin, cinq ans et demi après le début de l'affection, le malade succomba au cours d'un de ces accès. A l'autopsie, on trouva les lésions les plus importantes dans le système vasculaire. Déjà, sur le membre amputé, on avait constaté dans les artères les lésions de l'endartérite oblitérante ; les veines présentaient des lésions semblables. A la mort du malade, on pût constater que les lésions artérielles s'étendaient à un grand nombre d'artères, la fémorale, la radiale, la sylvienne, les artères coronaires, etc. ; les artères volumineuses, quoique rétrécies, restaient toutefois perméables. Cette observation présente plusieurs particularités intéressantes. La durée de l'affection a été relativement longue ; elle a atteint cinq ans et demi. Pendant toute cette durée, le mal n'a cessé de progresser, frappant successivement les membres supérieurs, les membres inférieurs, puis les viscères, enfin se terminent par une crise d'angine de poitrine due à l'oblitération des artères coronaires. Le phénomène de la claudication intermittente, assez habituel dans l'endartérite oblitérante, a manqué. Les symptômes caractéristiques ont été : les douleurs, qui ont précédé les autres manifestations et ont toujours persisté ; la gangrène, à forme sèche ou humide, apparaissant sur les extrémités ; l'affaiblissement ou disparition des pulsations artérielles; enfin la tendance envahissante de la maladie.

Phlébite rhumatismale avec autopsie.

MM. Widal et Sicard. — On ne compte que seize observations authentiques de phlébite rhumatismale. Deux cas seulement, terminés par la mort, ont été l'objet de recherches anatomo-microscopiques, et, sur ces deux, un seul, consigné dans la thèse récente de Gatay, a été étudié complètement, au point de vue histologique et bactériologique par M. Macaigne. Notre malade, âgée de 28 ans, avait déjà souffert quatre ans auparavant d'une attaque de rhumatisme polyarticulaire sévère et prolongée. Elle entrait à l'hôpital pour une nouvelle poussée de rhumatisme généralisée aux quatre membres et datant déjà de dix jours. On entendait, à l'auscultation du cœur, des frottements péricardiques et un souffle d'insuffisance mitrale. Pendant les quelques jours suivant son entrée à l'hôpital, cette femme présente de plus des poussées fugaces de congestion pleuro-pulmonaire. L'état de la malade semblait amélioré, lorque le 31e jour de l'affection, la température remonta à 39°,5 et un œdème, d'abord localisé au dos de la main commença à se développer sur le membre supérieur droit. Les jours suivants l'œdème progresse de façon à gagner l'avant-bras et le bras jusqu'à l'insertion deltoïdienne. L'œdème est blanc, la peau est lisse, tendue sur le dos de la main. La pression du doigt au niveau des tissus détermine facilement la formation d'un godet profond et assez persistant. On ne trouve de circulation collatérale que sur le segment supérieur du membre; elle n'est apparente qu'aux approches de l'insertion deltoïdienne. En ce point un lacis veineux bleuâtre dessine très nettement le trajet et les anastomoses des veines basilique et céphalique; de plus, un lacis bleuâtre assez riche se dessine au niveau de la région sous-claviculaire, en avant du grand pectoral. La malade ne se plaint pas de douleurs spontanées ou même provoquées par les mouvements; mais, à la pression au niveau de la partie supérieure et interne du bras, on constate une douleur localisée au trajet de la veine palpébrale. En ce point, le doigt sent nettement rouler un cordon veineux induré. Le cœur devint rapidement arythmique, une oppression progressive s'installe et la malade mourut en asphyxiant dix jours après le début de l'œdème. A l'autopsie, faite treize heures après la mort, on trouve une symphyse cardiaque, une endocardite mitrale, des fausses membranes et un peu de liquide dans la plèvre droite. Les veines du bras droit, disséquées depuis le tronc brachio-céphalique jusqu'aux radiales et cubitales, apparaissent moniliformes. La section de ces veines montre que le maximum des lésions siège au niveau de l'axillaire, à un centimètre environ de l'abouchement des humérales; en ce point l'adhérence du caillot à la paroi est intime. Ce caillot se prolonge en bas jusque dans la radiale et la cubitale, en haut jusqu'à mi-chemin de la sous-clavière, sans adhérer à la tunique interne de ces veines.

Les lésions histologiques montrent également que le point initial de la phlébite est au niveau de l'axillaire, tout près de l'abouchement de l'humérale. La lésion, en ce point, est constituée par une endo-phlébite très nette, avec absence complète de périphlébite. L'endothélium est tuméfié, granuleux, desquamé en quelques points et remplacé par une petite couche de globules blancs. La membrane interne est parcourue par quelques capillaires de nouvelle formation et se continue sans ligne de démarcation tranchée avec la portion fibrineuse du caillot.

En quelques endroits le coagulum se trouve pénétré par la végétation conjunctivo-vasculaire, provenant de la tunique interne. Le sang, puisé avec une seringue stérilisable, la veille de la mort, au niveau de la veine du bras gauche, et ensemencé en divers milieux, n'a prêté au développement d'aucun germe. Les ensemencements prélevés à l'autopsie sur différents points dans les veines phlébitiques et sur les différents viscères sont restés stériles. Les divers procédés de coloration n'ont permis de décéler aucun micro-organisme sur les coupes des veines phlébitiques. En résumé, cette lésion localisée à l'axillaire et qui a causé cliniquement un œdème énorme rapidement progressif de l'extrémité à la racine du membre et presque complètement indolent, ne présentait histologiquement que les lésions banales de la phlébite. Les recherches bactériologiques ont montré l'absence d'infections secondaires dans ce cas, complètement examiné au point de vue anatomique et bactériologique; la phlébite ne pouvait être mise que sur le compte du rhumatisme.

Application des rayons Rœntgen aux sciences médicales.

MM. les Drs Barthélemy et Oudin. — Les auteurs font l'historique en France et à l'étranger de la photographie à travers les corps opaques. Après avoir rendu l'hommage qu'il mérite à l'auteur de cette importante découverte, ils signalent la part qu'ils ont prise à sa diffusion en France et les perfectionnements dus à d'Arsonval, Chappuis, Champon, Collardeau, etc. Les auteurs présentent ensuite un grand nombre de photographies embrassant dans leurs variétés les faits les plus divers de la photographie chirurgicale et médicale (fractures, luxations, corps étrangers, malformations, tuberculose de la colonne vertébrale, des hanches, des mains, etc., coxalgies, tumeurs blanches, rhumatismes, syphilis, anthropathies, trophonévrotiques, acromégalies, myosite ossifiante, etc.). Cette exposition de pièces à l'appui suffit par elle-même pour démontrer les progrès réalisés de janvier à juillet et les services déjà rendus font prévoir ceux qui seront rendus par ce nouveau mode d'investigation à toutes les branches des sciences médicales : médecine, chirurgie, anatomie, médecine légale, constitution des corps et même thérapeutique. Après avoir exposé leurs premières photo-électrographies, dans lesquelles le squelette seul laisse une empreinte détaillée, les auteurs présentent les plus récentes dans lesquelles, à côté des os parfaitement venus, on peut distinguer nettement là des faisceaux musculaires jusqu'à leurs insertions, ici des tendons; là, même les ongles et les os par derrière. Ces faits permettent d'espérer que bientôt on pourra à volonté et avec résultats très pratiques s'attaquer directement et avec succès aux parties molles et aux lésions des viscères. Les auteurs consacrent ensuite une grande partie de leur communication à exposer leur pratique et les détails techniques des procédés qui leur ont mieux réussi. Ils insistent sur l'importance capitale des intensités et tensions électriques, sur les constantes et le rendement de la bobine. Les résultats varient aussi avec la forme, la construction, le degré de vide du tube. C'est ainsi que le tube-focus de Thompson, par exemple, doit être réservé de préférence, aux organes profonds et aux masses fortement musclées de l'adulte, tandis que le tube de Collardeau donne des épreuves très remarquables par la finesse de leurs détails et doit être réservé pour les extrémités de l'adulte (pour voir les tendons des fléchisseurs) et pour les organes des enfants. Dans tous les cas le temps de pose est maintenant, grâce au perfectionnement des procédés, si réduit qu'il n'est plus qu'une gêne, mais non plus une impossibilité pour les infirmes, les grands malades, les

enfants, les idiots, et tous ceux qui ne peuvent rester longtemps immobiles. D'après les auteurs la radiographie Rœntgen seule jusqu'ici a donné des résultats utilisables en médecine, à l'exclusion des appareils fluoroscopiques ou des photographics ordinaires faites d'après des images fluorescentes dont ils n'ont jamais pu se servir avec avantage en clinique.

Application des rayons Röntgen à l'étude d'un cas de pseudo-ostéoarthropathie hypertrophiante. — M. VEDEL (de Montpellier) présente les photographics comparatives par les rayons ordinaires et par les rayons X d'une main qui, au point de vue symptomatique, reproduit exactement les déformations indiquées par M. Marie comme propres à l'ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique. Il s'agit d'un malade atteint de maladie bleue, en relation avec une malformation congénitale du cœur, une communication interventriculaire qui présente en outre une inversion complète des viscères et une artériosclérose généralisée. De plus, et c'est le point qui nous intéresse actuellement, ce malade présente des déformations des doigts et des orteils dignes d'intérêt. Je ne m'occuperai que de l'état des mains, puisque c'est là que les altérations sont le plus marquées. Comme le montrent les photographies que je dois à l'obligeance du professeur Imbert, on trouve, au niveau des dernières phalanges, l'aspect caractéristique de l'ostéoarthropathie hypertrophiante. Les phalangettes en hyperextension sont très augmentées de volumes en discordance avec celui des autres phalanges. Les ongles sont élargis, courbés en « verre de montre », allongés et recourbés en « bec de perroquet. » On croyait à l'hypertrophie osseuse. Or, la photographie Röntgen montre jusqu'à l'évidence qu'il n'en est rien. L'hypertrophie porte tout entière sur les téguments. Comment expliquer ce résultat, si différent de ce que l'on observe dans la maladie de Marie? D'abord, dans le cas présent, l'origine pneumique ne peut être invoquée, et les déformations digitales remontent à la naissance. En second lieu, il n'y a pas d'ostéoarthropathie. Nous ferons remarquer que notre malade est atteint de maladie bleue; le moindre effort provoque un véritable état asphyxique. On ne peut s'empêcher d'établir un rapport entre les troubles circulatoires et les déformations. Nous pensons que les troubles si intenses de la circulation cardiaque, en particulier l'artériosclérose et l'hyperglobulie que présente notre malade, peuvent expliquer les déformations.

De la signification anatomique et clinique des inflammations interstitielles, polyviscérales.

M. BARD. — Il existe des lésions interstitielles développées primitivement dans le tissu conjonctif. Ces lésions sont polyviscérales et se localisent suivant les *locus minoris resistentiæ*. Ces inflammations interstitielles peuvent se diviser en deux classes : 1° Fermentations, caractérisées par la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif qui meuront suivant un mode spécial. 2° Inflammations plastiques, caractérisées par le développement des fibres conjonctives. Il existe un grand groupe clinique d'inflammations interstitielles, méconnu et confondu avec l'artério-sclérose. Il faudrait chercher dans la pratique et distinguer toujours ce qui est de l'un et ce qui est de l'autre.

Traitement des affections des voies respiratoires par les bains chauds.

M. LEMOINE (de Lille). — Les bains chauds, employés contre pneumonies, broncho-pneumonies, bronchites grippales, ont donné d'excellents résultats, surtout lorsqu'ils sont sinapisés. Sur 63 malades traités par cette méthode, pas un cas de mort.

M. BOSC a obtenu de semblables résultats par les bains chauds.

M. PIC dit que l'effet heureux de la balnéation dans la fièvre typhoïde, et surtout lorsqu'il y a des complications pulmonaires, aurait pu faire prévoir ces mêmes effets dans les affections pulmonaires primitives. Il conseille aussi les bains chauds dans les pneumonies.

M. SPILLMANN (de Nancy) obtient aussi de bons résultats, dans ces cas, par les enveloppements froids.

M. BARD prétend que, malgré ces observations, il ne faut pas rejeter absolument le bain froid, qui peut rendre des services. Du reste, le chaud et le froid agissent de la même manière.

Mécanisme de l'immunité du lapin contre le pneumocoque et action du sérum antipneumonique du cheval sur le lapin.

M. DENYS (de Louvain) expose les recherches faites dans son laboratoire par M. le Dr Mennès sur le mécanisme de l'immunité du lapin contre le pneumocoque et sur l'action du sérum antipneumococcique du cheval sur le lapin. On constate que le pneumocoque pullule dans le sérum d'un lapin neuf. Si on opère sur un sérum de lapin immunisé, les résultats sont identiques; mais, si on y met en suspension les leucocytes du même lapin, il n'y a pas de pullulations tant que ces leucocytes sont vivants; mais si on met ces éléments en suspension dans le sérum du lapin neuf, la pullulation n'est pas entravée. D'un autre côté, les globules blancs de lapin neuf introduits dans le sérum de lapin vacciné, empêchent le développement microbien. Il faut en conclure que l'immunité contre le pneumocoque consiste chez le lapin dans une modification du sérum, qui met en jeu le pouvoir phagocytaire des globules blancs. M. Mennès a tenté des expériences sur des chèvres et un cheval. Elles ont été concluantes. L'expérience n'a pas encore été faite sur l'homme.

Contribution à l'étude expérimentale des accidents post-sérothérapiques.

MM. BÉCLÈRE, CHAMBON et MENARD ont constaté que du sérum de cheval introduit en grande quantité sous la peau d'une génisse lui donne de la fièvre, des éruptions polymorphes simulant l'urticaire ou la rougeole et même des arthropathies, en un mot des accidents très analogues, pour ne pas dire identiques à ceux qui dans l'espèce humaine succèdent assez souvent à l'infection sous-cutanée des divers sérums thérapeutiques. Trois génisses ont reçu sous la peau une quantité de sérum de cheval équivalente pour chacune d'elles à la 1/100e partie de son poids. Chaque génisse a reçu le sérum de provenance différente. Des trois chevaux qui l'ont fourni, un seul avait été immunisé contre la diphtérie, encore n'avait-il pas reçu de toxine depuis dix mois.

Les génisses ont toutes trois présenté quatre jours environ après l'injection un exanthème généralisé à la fois, morbiliforme et urticaire avec élévation de la température : l'idée a montré en cela des troubles fonctionnels de l'appareil locomoteur qu'il a semblé légitime de rattacher à des arthropathies prédominent dans un des membres antérieurs, au genou et au boulet. Les expérimentations desdites conditions indentiques sont imputé à treize génisses, du sérum d'animaux de même espèce et à l'action génitus du sérum dans tous n'ont jamais provoqué d'accidents semblables. Les accidents décrits par eux sont donc bien spéciaux au sérum de cheval. Obliquement molli par M. Nocard, ce sérum était absolument stérile, ni sur le sérum injecté, ni sur les lésions cutanées, ni sur les lésions articulaires; on n'est parvenu à découvrir aucun microbe. L'action nocive pour l'espèce bovine du sérum de cheval est donc l'action toxique. MM. Béclère, Chambon et Ménard rapportent le résultat de leurs recherches du sérum faites par plusieurs médecins, par Bertin, de Nantes, Sevestre et Johannesco, qui, en injectant à des enfants atteints d'affections diverses, du sérum de cheval non immunisé contre la diphtérie, ont provoqué l'apparition d'accidents analogues. Ils en concluent d'abord que le sérum de cheval peut contenir des substances toxiques, à la fois pour l'espèce humaine et pour l'espèce bovine, puisque sur la question encore controversée de l'étiologie des accidents post-sérothérapiques, leur recherche confirme l'opinion général adoptée. Ces accidents ne sont pas dus aux toxines introduites dans l'organisme des animaux producteurs de sérum, non plus qu'aux antitoxines qui en dérivent, mais au sérum même qui sert à celle-ci de schéma.

Sérothérapie de l'infection urinaire.

MM. ALBARRAN et MOSNY. — Après l'exposé de la méthode employée, les auteurs ajoutent que, depuis trois mois, ils ont employé dans le service de M. le Pr Guyon, à Necker, la sérothérapie de l'infection coli-bacillaire chez l'homme. M. le Pr Guyon fera prochainement connaître ses résultats. « Chez l'homme, l'infection urinaire coli-bacillaire présente des allures cliniques bien connues, qui permettent d'appliquer la séroth-

rapie non seulement pour combattre une infection déjà développée, mais encore d'une manière préventive, pour empêcher l'éclosion d'accidents dont le développement est certain dans un délai déterminé. Ce sont là des conditions qui permettent d'apprécier rigoureusement les résultats obtenus, et c'est pour cette raison que, au début de nos recherches humaines, nous avons tenu à n'appliquer nos sérums qu'à l'infection urinaire. Les résultats obtenus nous font espérer que nos recherches trouveront dans l'avenir leur application à d'autres infections coli-bacillaires. »

Sur quelques faits de streptococcie traités avec succès par le sérum de Marmorek.

M. Raudot a d'abord constaté, dans l'érysipèle, une amélio-rapide avec chute de la fièvre, diminution de la durée et de la gravité de la maladie. La rétrocession des lésions cutanées est aussi accusée. L'hypothermie peut se maintenir au point de montrer une pyoémie apyrétique. Diminution de la rate et sédation des phénomènes cardiaques.

Sérodiagnostic de la fièvre typhoïde.

M. Fernand Widal. — Nous avons proposé, le 26 juin dernier, à la Société médicale des hôpitaux, une méthode permettant de faire le diagnostic de la fièvre typhoïde, en cherchant simplement comment le sérum d'un malade agit sur une culture en bouillon de bacille d'Eberth. Ce procédé de sérodiagnostic, suivant la dénomination que j'ai proposée, découle des recherches poursuivies, depuis quelques années, sur les sérums antityphiques.

Nos examens, qui ont porté actuellement sur le sérum de près de cents sujets, nous ont permis de constater que le sérum des typhoïdiques, comme celui des convalescents de la maladie, amoncelle les bacilles d'Eberth en suspension dans un bouillon, et agglomère les microbes en amas visibles au microscope. Cette action agglutinante est si puissante, qu'elle peut s'observer, en certains cas, après mélange du sérum au bouillon, dans la proportion de 1 pour 60 et même parfois en proportion un peu plus élevée. Le sérum des gens bien portants, n'ayant jamais eu la fièvre typhoïde, ou celui de malades atteints des affections les plus diverses, aiguës ou chroniques, fébriles ou non fébriles, n'a jamais, jusqu'ici, présenté, dans aucun cas, de propriété agglutinative vis-à-vis le bacille d'Eberth. Le mélange du sérum et du bouillon, pour cette épreuve, était toujours fait dans la proportion de 1 pour 10, proportion élevée, que nous avons conseillé pour chercher la réaction, dans le but de la rendre plus sensible lorsqu'elle existe. Ces résultats ont été confirmés par tous ceux qui, depuis nous, se sont occupés de la question. Le sérum humain, qu'il provienne d'un typhoïdique, d'un individu bien portant, ou d'un sujet atteint d'une maladie autre que la fièvre typhoïde, agit toujours de la même façon sur les coli-bacilles en suspension dans un bouillon. J'ai montré que, sous le microscope, immédiatement après le mélange d'un sérum humain quelconque à une culture de coli en activité fait dans la proportion de 1 pour 10, on pouvait observer, au milieu des bacilles mobiles de petits amas, le plus souvent composés seulement de quelques éléments, se groupant parfois en chaînettes. Ces amas restent en général très petits et conservent une physionomie assez spéciale.

Seul, le sérum des typhoïdiques possède la propriété d'agglutiner *in vitro*, dans les proportions indiquées, le bacille d'Eberth; ce sérum n'a pas d'action particulière sur le coli-bacille. Cette constatation, tirée de l'observation humaine, prouve à l'évidence le rôle spécifique joué par le bacille d'Eberth dans la fièvre typhoïde. Ce fait ne comporte pas seulement une importance doctrinaire, il nous enseigne que le sérum des typhiques peut être utilisé pour éclairer le diagnostic de la maladie.

La prise du sang au bout du doigt faite avec les plus grandes précautions antiseptiques, donne souvent un sérum suffisamment pur; mais dans la pratique, comment pouvoir compter constamment sur la stérilité du contenant et du sang pris au niveau du doigt? Les germes impurs, ensemencés ainsi avec le sang et mis à l'étuve, peuvent se multiplier et risquent de fausser le résultat. La prise dans la veine donne une certitude à peu près complète. Pour cette opération l'emploi d'une seringue est inutile; il est préférable d'opérer simplement avec l'aiguille et le tube de caoutchouc stérilisable que l'on trouve dans la boîte de la seringue de Roux, pratique que j'ai vue employer pour la première fois par M. Bensaude. On ponctionne la veine, on laisse pendre dans un tube stérilisé le bout du tube de caoutchouc; le sang s'écoule goutte à goutte et le sérum se sépare ensuite avec facilité.

A une culture de bacilles d'Eberth vieille de quelques jours, de un à deux jours de préférence, on ajoute le sérum à examiner, toujours dans la proportion de 1 pour 10; une goutte du mélange placée entre lame et lamelle, examinée immédiatement au microscope, montre déjà des amas des plus nets. Il suffit même de laisser tomber une goutte de sang dans une éprouvette contenant 10 gouttes d'une culture en bouillon de bacille typhique pour avoir la réaction.

La méthode de sérodiagnostic m'a déjà permis de retrouver la propriété agglutinative dans le sérum de 22 typhiques soumis à mon observation. Dans tous les cas où j'ai obtenu ces résultats positifs, le diagnostic avait été fait par le procédé extamporané, et lorsque les autres méthodes ont été employées, elles n'ont fait que confirmer l'exactitude de la première. J'ai, d'autre part, examiné le sérum de douze personnes guéries de la fièvre typhoïde, depuis un temps variant de 1 an à 19 ans. Chez d'eux d'entre eux seulement, j'ai constaté mais d'une façon très nette, l'action agglutinante du sérum. L'une était guérie depuis trois ans, l'autre depuis sept ans, d'une dothiénentérie grave. Le phénomène semble donc ne durer que rarement après la première année qui suit la convalescence et sa persistance varie suivant les sujets. Depuis ma première communication, de nombreuses observations ont déjà été publiées. Mon maître, M. le Pr Dieulafoy, a été le premier à rapporter des faits positifs. MM. Rendu, Nicolle et Halipré, Achard et Bensaude, Lemoine, Siredey, Ménétrier, Courmont, Chantemesse, Josué et Clerc, Thiercelin et Lenoble, ont rapporté de leur côté des observations de contrôle ; toutes ont été confirmatives. L'examen des observations jusqu'ici publiés nous permet déjà d'envisager les services que la nouvelle méthode pourra rendre à la clinique. Sauf exception, qu'il faut toujours prévoir en clinique, comme dans toutes les sciences d'observation, le sérum des typhiques à la période d'état possède la propriété agglutinative.

Les observations, quoique déja multipliées, ne sont pas encore assez nombreuses pour que l'on puisse formuler d'une façon définitive toutes les règles du sérodiagnostic; mais elles autorisent déjà quelques conclusions. Un résultat négatif, obtenu avec le sérum d'un malade suspect, fournit une probabilité contre le diagnostic de fièvre typhoïde, mais ce n'est qu'une probabilité, surtout si la recherche a été faite dans les premiers jours de la maladie; l'examen doit être alors répété les jours suivants. La probabilité est d'autant plus grande que l'examen est pratiqué à une époque plus avancée de la maladie. L'agglutination obtenue avec le sérum d'un malade n'ayant jamais eu la dothiénenterie, peut être considérée comme un signe de certitude de la fièvre typhoïde.

M. Haushalter dit que, depuis un mois, il a déjà essayé 27 fois le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde et que les renseignements fournis ont été toujours exacts et de la plus grande utilité. (*A suivre*).

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE.

Session de Nancy (*fin*) (1).

Séance du mercredi 5 août.

Election. — Le Congrès, avant de passer aux communications diverses, se réunit pour le choix de son bureau par Toulouse. M. Roth est nommé *président*.

Questions proposées. — Les questions adoptées sont :

1° *Diagnostic différentiel de la paralysie générale.* — Rapporteur, M. Arnaud (de Vanves) ;

2° *De l'hystérie infantile.* — Rapporteur à désigner.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 32.

3° *De l'organisation du service médical dans les asiles.* — Rapporteur, M. DOUTREBENTE (de Blois).

Congrès de 1897. Marseille est, en principe, désigné comme siège du Congrès de 1897.

Suite de la discussion sur la loi sur les aliénés.

M. ARNAUD (de Vanves). — La discussion qui vient de s'engager aujourd'hui sur la question des aliénés *dits criminels* dure depuis un bon demi-siècle, puisqu'elle a pris naissance sur des débats préparatoires de la loi de 1838. Elle a été bien souvent reprise depuis, et, j'ai été frappé du manque de précision de ces discussions successives. M. Bourneville a distingué tout à l'heure les criminels *devenus* aliénés, des aliénés qui deviennent criminels, ou mieux qui commettent des actes réputés crimes ou délits. Il faut encore distinguer, dans cette dernière catégorie, les aliénés incontestés (mélancoliques, persécutés, hallucinés, paralytiques généraux), et les irréguliers, les pervers, les vicieux, ceux qui ont un pied dans le crime et un pied dans la folie, ces sujets dont les magistrats, pas plus que M. Garnier et M. Charpentier, ne savent que faire. Il ne me paraît pas possible de confondre dans un même asile de sûreté, dans un même asile-prison, des sujets ainsi différents. La distinction que je réclame existe d'ailleurs pratiquement en Angleterre et en Ecose, dont l'exemple est si souvent invoqué.

Communications diverses.

M. CROCQ a étudié *l'hérédité croisée* d'après l'expérimentation sur les poulets particulièrement. Il a croisé deux races très différentes et note que les coqs ressemblaient identiquement aux mères, tandis que les poules ressemblaient aux pères. Pour éviter l'objection d'influence d'imprégnations antérieures, l'auteur a pris des animaux vierges élevés par lui-même. Il a toutefois noté l'influence manifeste de la vue seule sur les caractères morphologiques de la descendance. Une poule séparée entièrement d'un coq de race différente eut des poussins ayant quelques caractères de ce coq, qui avait été placé en cage à portée de sa vue.

M. A. VOISIN rapporte une observation détaillée de *céphalée opiniâtre avec lypémanie, idées el lentatives de suicide*, liées à une méningite et à un lac séreux comprimant les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes gauches.

Cette malade fut traitée et guérie par l'opération de la craniectomie pratiquée par M. le Dr Péan. M. Voisin a été conduit à cette intervention opératoire audacieuse et couronnée de succès par l'observation antérieure d'une malade assez semblable, mais qui mourut non opérée et qui fut trouvée à l'autopsie atteinte de pachyméningite localisée à la région fronto-pariétale droite.

M. A. VOISIN donne ensuite lecture, au nom de M. le Dr CLAUDE, d'une série d'expériences sur les animaux, au sujet des *myélites consécutives à l'action de toxines microbiennes.* L'auteur a expérimenté à ce point de vue la toxine du bactérium-coli, celles des microbes diphtéritique et tétanique et du bacille pyocyanique.

M. CROCQ lit un travail sur l'*acrocyanose.* L'auteur donne ce nom à un ensemble de symptômes qui n'est pas sans analogies d'une part avec la maladie de Raynaud, d'autre part avec l'œdème bleu de Charcot et certaines asphyxies locales des extrémités. L'auteur, cherchant à différencier son syndrome, signale comme caractéristiques la coloration cyanotique permanente des extrémités, avec sueurs palmaires et face dorsale sèche et froide, battements vasculaires poracés non douloureux, pas de phénomène du doigt mort; refroidissement persistant même après enveloppement, pas de tendances aux phlyctènes ni à la gangrène; ni œdèmes, ni paralysies, ni contractures; hystérie sous-jacente constante. Guérison lors de la suspension des accidents névrosiques.

M. BALLET, en son nom, et en celui de M. BRISSAUD, rend compte des résultats de ses recherches histologiques sur les *centres médullaires dans les cas de section de nerfs périphériques (sciatiques)* et anémie de la moelle, par compression de l'aorte abdominale chez le cobaye. Dans ce dernier cas, il réunit une paraplégie plus ou moins durable, selon la durée de compression. L'examen microscopique, par le procédé de Nissl, montre que la cellule quadrangulaire est à bords concaves, avec noyau central, dans l'état normal, perd ses granulations chromatophiles (exode du noyau), s'arrondit, rompt ses prolongements, et aboutit à une forme en sac, avec confusion finale du kinétoplasma et du trophoplasma. On peut observer différents degrés de ces altérations, suivant qu'on provoque une anémie complète ou par reprises. Contrairement à l'opinion de M. Marinesco, il n'y a pas de différence sensible, selon que la dégénérescence suit une section périphérique ou une anémie spéciale.

A la suite d'une observation de *paralysie générale de longue durée, avec autopsie confirmative* de M. le Dr LAPOINTE, une discussion s'engage sur la question de l'évolution anormale et des rémissions ou intermissions dans la méningo-encéphalite.

MM. CHARPENTIER, RÉGIS, SÉGLAS et DOUTREBENTE y prennent part.

M. ARNAUD rappelle que les adhérences et les épaississements méningés sont loin d'être significatifs à l'autopsie, étant donné même que l'examen histologique n'est pas encore caractéristique, tant qu'on ne sera pas d'accord sur la nature parenchymateuse ou interstitielle du processus type.

M. VALLON. — Les cas de paralysie générale à longue durée sans être très fréquents ne sont cependant pas aussi rares qu'on le croit communément. Mais, à cet égard, il convient de distinguer deux ordres de faits. La longue durée de la paralysie générale tient le plus souvent à ce que sa marche, au lieu d'être progressive présente des *rémissions*, c'est-à-dire des périodes pendant lesquelles la plupart des symptômes s'atténuent plus ou moins ou des *intermissions*, c'est-à-dire des phases où tous les symptômes disparaissent pour constituer des guérisons temporaires. A côté de ces cas il en est d'autres plus rares dans lesquels la maladie sans s'amender, à proprement parler, s'arrête à une certaine période, se cristallise pour ainsi dire pendant des années. Il n'y a pas alors rémission, encore moins intermission mais simplement arrêt dans l'évolution. J'ai observé un certain nombre de faits de cet ordre et pris dans mon service quelques paralytiques arrêtés depuis plusieurs années, dont un depuis 10 ans. Un de mes anciens internes en a fait le sujet de sa thèse. Il serait très important de pouvoir établir le pronostic de ces évolutions anormales. Je ne crois pas qu'il existe de signes permettant de l'établir, cependant je crois qu'elles sont bien plus fréquentes dans la la variété maniaque. Quant aux arrêts, ils surviennent généralement à la deuxième période, quand les malades prennent de l'embonpoint.

M. SELIGMAN, au nom de MM. RAYMOND et SOUQUES, donne lecture d'une note sur la *paraplégie spasmodique familiale* et un autre sur l'*épilepsie partielle dans l'acromégalie.* Les examens microscopiques ont été faits dans ces différents cas. En particulier, l'acromégalique à épilepsie partielle fut trouvé porteur d'une tumeur de la glande pituitaire comprimant la base cranienne. Les auteurs, en raison de la constance aujourd'hui reconnue des altérations de la glande pituitaire estiment que l'épilepsie Jacksonnienne doit être rangée parmi les complications fréquentes de l'acromégalie.

M. DOUTREBENTE communique la première partie d'un travail (1789-1827) sur l'*hospitalisation des épileptiques, idiots et aliénés dans le département de Loire-et-Cher.* Il montre successivement les aliénés placés avec les détenus politiques et condamnés ordinaires dans les anciens couvents de Blois, à la maison d'arrêt, puis à la maison de réclusion des Sainte-Maries, et placés enfin en 1827 dans un petit asile situé malheureusement en un point ou l'agrandissement était impossible (bureau de bienfaisance actuel), en face le château de Blois, visité par le Congrès de 1892.

M. le Dr Doutrebente passe rapidement en revue certaines pièces historiques très intéressantes, établissant que l'administration révolutionnaire avait organisé le secours représentatif en argent à domicile pour les épileptiques, qui ne pouvaient être maintenus dans les hôpitaux ordinaires.

M. le Dr ROULEY cite un cas d'*hallucination* analogue à celui de Mlle Couesdon, cette personne de Paris qui communique depuis six mois environ avec l'ange Gabriel. La malade, qui fait le sujet de cette observation, est atteinte de folie hystérique. Elle jouit d'une très bonne santé et les symptômes hystériques

sont très peu marqués. Pendant treize années, Mlle X... est atteinte d'hallucinations de l'ouïe pendant le jour, et pendant la nuit, elle entend des injures et des accusations diverses ; de plus, pendant la nuit, les hallucinations de l'ouïe se compliquent d'hallucinations du sens génital. En 1880, les hallucinations du sens génital cessent brusquement, à la suite d'une grande vision pendant laquelle un ange, grand comme un homme, en robe blanche, une belle figure, lui apparaît et lui dit : « Je serai tout pour toi et je ferai des miracles en ta faveur ; il a pâli de plus en plus et s'est évanoui. » Depuis cette époque, Mlle X... est en communication avec l'ange Raphael et cause avec lui, comme Mlle Couesdon cause avec l'ange Gabriel. Si Mlle X... est seule, la conversation est silencieuse ; mais si quelqu'un la prie de parler à l'ange, Mlle X... fait ses demandes à haute voix et nous avons alors les conversations suivantes : Voulez-vous demander à l'ange s'il fera beau temps demain : Mlle X... interroge l'ange : « Ange Raphaël fera-t-il beau temps demain ? — Un temps de silence pendant lequel Mlle X... écoute, puis elle répond : « L'ange répond qu'il fera beau. » Ainsi de suite, toutes les demandes et toutes ses réponses se font de même. — Comme il arrive qu'une fois sur deux les faits se produisent comme elle les annonce, quelques-uns de mes malades et d'autres personnes ne sont pas éloignées de croire qu'elle dit vrai et qu'elle communique avec l'ange Raphael. En lisant les anecdotes racontées dans les journaux au sujet de Mlle Couesdon, j'ai pensé que mon cas de folie était similaire à celui de cette voyante et qu'il était intéressant de les comparer.

Cas d'hypérostose cranienne chez une femme épileptique. Observation, pièce anatomique, épreuves photographiques et moulage en plâtre.

M. le Dr Pichenot, médecin en chef de l'asile de Montdevergues (Vaucluse). — La malade, née en avril 1854, a été placée à l'asile, à l'âge de 19 ans, comme atteinte depuis longtemps d'hydrocéphalie et d'attaques d'épilepsie fréquentes, avec agitation concomittante, cris, vociférations, impulsions méchantes, tendances au suicide, à mettre le feu et à se brûler elle-même. Pas d'antécédents héréditaires, pas d'affections antérieures. A l'âge de 9 ans, traumatisme à la région frontale et quelque temps après, à ce niveau (suivant la mère), d'une petite grosseur qui s'est développée peu à peu. Premières crises d'épilepsie à 15 ans, c'est-à-dire 6 ans après l'accident. La tumeur a mieux continué de se développer pendant tout le temps de son séjour à l'asile. Mensurations relevées en 1893 seulement : circonférence, 62 centimètres; diamètre occipito-frontal, 195 millimètres; diamètre bi-pariétal. 185 millimètres ; diamètre du menton au sommet de la tumeur frontale, 246 millimètres. Pas de signes apparents de dégénérescence physique, intelligence rudimentaire constituant l'imbécilité. Pendant longtemps, crises d'épilepsie violentes, avec impulsions dangereuses, depuis quelques années moins fréquentes et réduites souvent à de simples vertiges en même temps que la malade devenait plus calme, plus sociable; tombait généralement sur le siége, jamais sur la tête. Décédée à l'âge de 40 ans, par suite d'accidents méningés hémorrhagiques consécutifs à des crises d'épilepsie subintrantes.

Autopsie. — Cuir chevelu hypertrophié, surtout au niveau des tumeurs pariétale et frontale, hypertrophie qui contribue à accentuer beaucoup les déformations produites par l'hypérostose. Sections du crâne très laborieuse. Méninges épaissies. Hémorrhagie méningée en nappe.

Poids de l'encéphale, 1,305 gr. ; poids du cerveau, 1,080 gr. ; poids du cervelet, 225 gr. Substance cérébrale généralement ramollie. Circonvolutions normales. Ventricules anormalement développés. Les coupes ne font constater aucune lésion ou tumeur interne pouvant expliquer l'épilepsie. L'hypérostose a pour siège principal le frontal et les pariétaux. Poids du squelette osseux de la tête 2 kil. 649 qui joint à celui de l'encéphale et des parties molles donnent pour la tête un poids total dépassant 4 kil. Tissu osseux de la calotte cranienne très condensé, dur comme de l'ivoire. Epaisseurs des parois.

Bosse fronto-pariétale droite, 4 cent. 1/2; bosse fronto-pariétale gauche, 3 cent. ; région frontale antérieure, 2 cent. 1/2 à 3 cent. Région occipito-pariétale de 8 millim. à 1 cent. Epaisseur maxima de la voûte cranienne à sa partie médiane, 5 c. Disparition des sutures fronto-pariétale et interpariétale. Sur la partie antérieure externe de la calotte cranienne, on constate un amas de villosités ou pointes osseuses donnant à ce tissu osseux un aspect spongieux. L'hypérostose s'est développée extérieurement et la cavité cranienne, au lieu d'être diminuée de volume, se trouve plutôt augmentée. Sur le maxillaire inférieur on ne trouve pas trace de grosses molaires. L'examen des autres os du squelette n'a fait constater aucune hypérosthose ou exostose pouvant laisser présumer la syphilis. La malade était vierge. Après lecture de l'observation, M. Pichenot a fait passer sous les yeux de ses collègues le crâne préparé; un moulage en plâtre de la tête fait avant l'autopsie et une série de photographies représentant le sujet avant et après décès ainsi que les coupes osseuses du crané, toutes pièces qui ont permis de très bien apprécier ce cas si remarquable d'hypérostose cranienne.

M. Bérillon. — *Le traitement des buveurs d'habitude par la suggestion hypnotique. Création d'un centre d'arrêt.* — Chez les buveurs qui se déclarent impuissants à renoncer à leurs habitudes et à se soustraire à l'influence du milieu, il y a un grand intérêt à recourir à l'intervention de la suggestion hypnotique. En créant un centre d'arrêt, on arrive assez facilement à réagir contre l'impulsion du buveur. Il reconnait qu'au moment où il va céder à son habitude il éprouve une sensation de résistance intime à l'impulsion. Cette résistance lui permet de se ressaisir et il arrive à supprimer tous les excès alcooliques auxquels il se livrait d'une façon presque inconsciente.

M. Serbski demande si la méthode de traitement par *séjour au lit* a été expérimentée en France. Dans plusieurs asiles en Russie, les entrants, et surtout les agités, les mélancoliques avec idées de suicide et refus d'aliments sont mis au lit non pas dans des chambres isolées, mais dans des dortoires. L'aliéné entouré par des camarades couchés se soumet facilement. Il est rare qu'on soit obligé d'avoir recours aux gardiens. Le séjour au lit est de 1 à 6 mois. Les résultats obtenus à la clinique psychiatrique de Moscou sont surprenants. On n'est plus obligé de mettre les malades en cellules qui sont devenus inutiles.

Délire des persécutions à double forme.

M. Vallon. — On sait que l'on distingue deux sortes de persécutés : les persécutés raisonnants ou persécutés (type Falret) et les persécutés hallucinés, persécutés type Lasègue, dont les délirants chroniques de M. Magnan constituent la variété la plus commune. Chez les persécutés hallucinés, le délire a une évolution progressive, il passe par des phases successives : inquiétude vague pouvant aller jusqu'à l'hypochondrie, interprétations délirantes, hallucinations, systématisation du délire, choix du ou des persécuteurs, souvent migrélomanie. Chez les persécutés raisonnants, le délire peut varier d'intensité, présenter des rémissions et des exacerbations, étendre sa sphère à un plus ou moins grand nombre de faits ou de personnes, mais il ne subit pas de transformations très prononcées, il conserve toujours les mêmes caractères primitifs. Les persécutés type Lasègue, arrivent toujours à avoir des hallucinations, surtout de l'ouïe et de la sensibilité générale ; les persécutés type Falret, au contraire, n'en ont jamais. Telles sont les différences radicales qui séparent les persécutés du type Falret des persécutés type Lasègue, ce sont là des types bien connus, je n'y insiste pas.

Il est un point seulement que je veux mettre en lumière et sur lequel on n'insiste pas assez, ce sont les actes de ces deux catégories de malades. Les persécutés raisonnants ne sont dangereux que pour quelques personnes, souvent que pour une seule personne. Ainsi j'ai dans mon service un ingénieur qui accuse quelqu'un de lui avoir volé une invention; pendant des années il n'a persécuté que cette personne; puis il a étendu la sphère de son animosité maladive à un juge d'instruction qu'il accuse de s'être laissé acheter par son voleur; mais en dehors de son prétendu voleur et du magistrat il n'en

veut à qui que ce soit, il n'est dangereux pour personne. Les persécutés hallucinés quand ils ont fait choix d'un ou de plusieurs persécuteurs deviennent spécialement dangereux pour ces personnes, mais indépendamment de cela ils sont dangereux pour tout le monde. Ils peuvent, sous l'influence de leurs hallucinations, frapper le premier venu. En un mot, chez les persécutés raisonnants, les actes processifs sont conditionnés par l'événement qui a été le point de départ de leur délire et s'adressent aux personnes qui ont été mêlées à cet événement ou à des faits connexes; chez les persécutés hallucinés, les violences sont surtout conditionnées par les hallucinations du moment. Ce fait a une importance pratique : on peut toujours savoir à l'avance pour qui les persécutés raisonnants sont dangereux et par conséquent préserver ces personnes, pour les persécutés hallucinés on peut, quand ils ont fait choix d'un persécuteur, prévoir le danger à encourir par ces personnes, mais de plus j'insiste sur ce point, il y a toujours à craindre des actes violents conditionnés par les hallucinations du moment.

Donc, voilà deux types de persécutés bien différents l'un de l'autre par l'évolution du délire, par l'absence ou la présence d'hallucinations, enfin par leurs actes ou plus exactement par les causes de leurs actes. Eh bien, dans ces dernières années, j'ai observé un malade chez lequel on trouve réunie ces deux formes du délire des persécutions, qui est à la fois un raisonnant, tantôt comme halluciné. Ce cas me paraît mériter la désignation de délire des persécutions à double forme. Les faits de ce genre doivent être très rares, car pour ma part, c'est le seul que j'ai observé dans ma pratique déjà longue.

M. Régis. — *Paralysie générale et neurasthénie.* — L'association de la paralysie générale et de la neurasthénie peut se faire à toutes les époques de la maladie. Il y a plus qu'on ne le croit généralement des difficultés de diagnostic entre la neurasthénie et la paralysie générale. Ce qui doit dominer pour établir le diagnostic, c'est la recherche de la syphilis. L'hérédité cérébrale est une présomption de paralysie générale, tandis que l'hérédité vésanique ou névropathique est une présomption de neurasthénie. L'embarras de la parole et la démence n'ont pas exactement les mêmes caractères dans la neurasthénie et la paralysie générale ; enfin, le traitement par les douches froides améliore la neurasthénie, tandis qu'il ne donne pas de résultats dans la paralysie générale ou même donne un coup de fouet à la maladie.

M. Pierre Parisot. — *De quelques troubles psychiques*, et particulièrement de la *transformation de la personnalité au cours de la démence sénile.* 1° Des troubles psychiques indépendants de toute vésanie peuvent se produire au cours de la démence sénile. 2° Ces troubles (transformation de la personnalité, conceptions délirantes, actes anormaux) sont dus à la reviviscence d'états psychiques antérieurs sous l'influence d'une véritable suggestion spontanée ou provoquée. Ils offrent des caractères particuliers qui permettent de les distinguer du délire vésanique proprement dit. 3° Un certain degré d'involution sénile du cerveau peut réaliser les conditions d'autosuggestibilité qui donnent lieu à ces troubles psychiques.

MM. Pierre Parisot et Lévy. — *Démence sénile et toxicité urinaire.* — 1° Dans les cas de démence sénile simple, c'est-à-dire sans délire, que nous avons observés, la toxicité urinaire a varié dans de notables proportions, sans que le fonds démentiel en ait été influencé. 2° Dans nos cas de démence sénile avec délire vésanique (maniaque ou hypochondriaque), l'apparition du délire a toujours été précédé d'un abaissement notable de la toxicité urinaire, abaissement qui nous a permis de prévoir à plusieurs reprises la réapparition des accès délirants.

M. Francotte. — *Du sulfate de Duboisine comme moyen de combattre le refus des aliments chez les paralytiques généraux.* — M. Francotte a employé avec succès le sulfate de Duboisine contre l'agitation des paralytiques généraux. Chez plusieurs paralytiques en stupeur et refusant obstinément les aliments, il a fait cesser la sitiophobie par des injections sous-cutanées de sulfate de Duboisine. Le médicament est resté sans effet dans la sitiophobie liée à d'autres formes d'aliénation mentale. La dose employée pour les injections sous-cutanées a été un tiers de seringue d'une solution titrée à quatre pour mille.

M. Lamacq. — *Les équivalents de la migraine.* — Lecture d'une observation dans laquelle des crises de névralgies alterneraient avec la migraine et étaient suivies, comme dans la migraine, d'anorexie et de torpeur cérébrale.

M. Laurent. — *Analyse des troubles psychiques de l'opium fumé.* — Les troubles causés par l'opium fumé diffèrent des effets de l'opium absorbé en nature. Le fumeur d'opium éprouve d'abord de l'excitation, puis le sommeil, la lassitude, l'hypéresthésie de la peau. Il y a impossibilité de l'hypnose chez les fumeurs d'opium. L'opium est-il un facteur de criminalité? M. Laurent ne connaît pas de cas de crimes pouvant être attribués à l'opium, et on ne peut pas non plus l'invoquer comme cause de nullité d'un acte. C'est un poison, mais dont les effets seraient, au point de vue de la médecine légale, beaucoup moins dangereux que ceux de l'alcool.

M. Laurent. — *Communication sur les miracles de Tilly.* — Courte communication, dans laquelle l'auteur insiste sur la fixité des hallucinations dans le délire mystique observé.

MM. A. Pitres et E. Régis. — *La phobie de la Rougeur.* — Les anthopologistes ont établi que le phénomène de la rougeur est, par ses côtés essentiels, un phénomène d'ordre psychique. Nous voudrions montrer qu'il peut aussi, dans certains cas, devenir le point de départ d'un état d'esprit particulier allant jusqu'à l'obsession, à la phobie. Il y a à cet égard comme une échelle de gradation, et nous pouvons, au point de vue de l'effet moral produit par la rougeur, admettre trois degrés ou catégories : 1° *la rougeur simple* ou des gens normaux ; 2° *la rougeur émotive,* tantôt temporaire et due à une cause accidentelle, climatérique ou pathologique, tantôt permanente et due à une prédisposition spéciale, au tempérament (nervosisme, arthritisme, tuberculose, hérédité) ; 3° la *rougeur obsédante* ou phobie de la rougeur (Erythrophobie).

L'obsession de la rougeur paraît être surtout spéciale au sexe masculin, à la jeunesse, aux émotifs héréditaires, aux neurasthériques, aux dégénérés à stigmates, rarement aux hystériques. La tendance à rougir remonte à l'enfance, mais l'obsession ne débute qu'après la puberté, généralement à l'occasion d'un incident fortuit. Les crises de rougeur, en dehors des circonstances adjuvantes, toujours les mêmes, ont pour cause immédiate une pensée secrète, une appréhension quelconque, surtout celle de rougir. Même seule, elle obsède les malades, et c'est ainsi qu'il leur arrive de rougir dans la solitude, au souvenir d'un fait désagréable, ou d'un obstacle difficile à surmonter pour leur timidité. Les crises de rougeur ont, à quelques nuances près, des caractères physiques et psychiques identiques. Ce qui domine dans l'état des sujets, c'est que cette tendance à rougir les rend très malheureux et leur crée une situation mentale des plus pénibles. Ils sont véritablement obsédés par l'idée de leur infirmité et ne pensent plus qu'à ça, malgré tous leurs efforts pour s'en affranchir. Ce qui augmente leur souffrance, c'est que, comme la plupart des obsédés, ils la cachent à tous, sauf au médecin, à qui ils ouvrent leur âme ulcérée, lui parlant de leurs obsessions avec une émotion angoissante, comme d'un supplice de tous les instants, qui empoisonne littéralement leur existence. Aussi ces malheureux ne vivent pas de la vie de tout le monde. Ils fuient tout contact, tout plaisir, s'enfermant dans une solitude sombre et farouche, songeant à en finir par le suicide, s'ils ne guérissent pas ; tombant, s'ils sont intelligents et instruits, dans le pessimisme amer et subtil, si fréquent chez les neurasthéniques supérieurs.

Ce qu'il y a de vraiment curieux, ce sont les artifices auxquels ont recours les malades pour *empêcher* ou pour *dissimuler* leur crise de rougeur. Leur moyen habituel, pour essayer de s'empêcher de rougir, c'est de penser à autre chose, de « s'attentionner ailleurs », comme ils disent. Ils sont loin de réussir toujours. Pour cacher leur rougeur, ils usent de divers procédés, plus ingénieux les uns que les autres (faire semblant de lire un journal, se couvrir le visage avec les mains, se moucher bruyamment, s'essuyer la figure, se baisser comme pour ramasser un objet, s'abriter sous un parapluie, surtout *boire*). Quatre de nos sujets sur sept se livraient à la boisson, dans le double but de se donner de l'assurance, « du

toupet», et de rendre moins sensible, par la coloration artificielle produite par l'alcool, leurs bouffées de rougeur.

Mais ce ne sont là que des palliatifs. Ce que voudraient surtout ces malheureux, c'est ou ne plus rougir, ou masquer leur rougeur d'une façon constante. Ils conçoivent à cet égard toutes sortes de combinaisons étranges qu'ils proposent aux médecins. Tel ce malade demandant à l'un de nous « si on ne pourrait donner à son teint une nuance feu permanent en infiltrant entre la première et la deuxième peau un liquide quelconque, absolument oomme on fait pour un tatouage; seulement au lieu d'être bleu, ce serait rouge ». Tel cet autre malade qui, après une application de sangsues et le simulacre d'une ligature de la carotide qu'il avait réclamée, ne se sentant pas amélioré, désire maintenant « un changement de cerveau, une extraction de cerveau. »

L'obsession de la rougeur est en général des plus tenaces. Ce n'est que dans un cas où la peur de la rougeur s'est trouvée liée à l'hystérie, que nous avons pu obtenir quelque résultat, du traitement en particulier par la médication psychique. Chez nos autres malades, qui étaient ou neurasthéniques ou dégénérés, nous n'avons rien obtenu et ils semblent vouer à perpétuité à leur obsession.

MM. Spillmann et Etienne (de Nancy). — *Paralysie générale consécutive à une intoxication suraigüe par les vapeurs d'huile d'aniline.* — M. Etienne communique une observation de paralysie générale à évolution irrégulière, survenue chez un employé de droguerie, à la suite d'une intoxication suraigue extrêmement grave par les vapeurs d'huile d'aniline avec ictus apoplectique, cyanose, état de collapsus, pouls ralenti et très faible, pupilles dilatées; puis, quelques jours plus tard, persistance d'une teinte verdâtre de la peau et coloration noire des urines. Dès ce moment, les troubles psychiques et moraux apparurent et aboutirent à l'état actuel caractérisé par des ictus apoplectiques répétés, des troubles de l'intelligence, de la parole, de la mémoire, des sentiments affectifs entrecoupés de rémission très marquée.

M. Etienne. — *Monoplégie faciale d'origine capsulaire.* — M. Etienne présente l'observation d'un homme atteint d'une monoplégie faciale avec déviation compliquée de la face et des yeux ; à l'autopsie, on ne trouve pour expliquer ces phénomènes qu'une destruction profonde de toute la partie antérieure de la capsule blanche interne due à une hémorrhagie. Comparant cette lésion à celle qu'a signalé M. Parisot (partie postérieure du faisceau géniculé), l'auteur conclut que le passage du faisceau facial dans la capsule interne n'est pas identique chez tous les individus.

Présentation d'une malade. — M. Bernheim présente une *aphasique* qui, sans hésiter, récite une prière ou chante une chanson, et qui dans la conversation ne trouve pas ses mots. La parole automatique existe, la parole volontaire est lésée. La lésion n'a donc pas atteint le pied de la troisième circonvolution frontale gauche. Cette malade est suggestible, et est mise, sur l'ordre qui lui a été donné, en état de sommeil hypnotique.

Présentation de pièces.

Cerveaux d'aphasiques ; par M. Bernheim. — *Crânes et cerveaux d'hydrocéphales* ; par M. Haushalter.

M. Bourneville. — *Médication thyroïdienne : action sur la croissance et en particulier sur la taille.* — L'auteur présente une série de *tracés* de la *température*, du *poids* et de la *taille*, concernant plusieurs groupes de malades : 1° des enfants atteints de *myxœdème infantile*; 2° des enfants idiots et arriérés atteints de *nanisme*; 3° des enfants atteints d'*obésité*. Des *tableaux* et des *tracés* mis sous les yeux des membres du Congrès, il ressort que l'administration de la glande thyroïde du mouton par la voie stomacale, soit à l'état naturel, soit en capsules ou en tablettes, a une action remarquable sur la *croissance*, et en particulier sur le *développement de la taille*.

Après cette communication, le Président, M. le professeur Pitres, résume les travaux du Congrès, remercie les vice-présidents, MM. Vallon et Lapointe, et le secrétaire général, M. Vernet, du concours actif qu'ils lui ont prêté. Son discours clos la session de Nancy du Congrès.

A. Marie.

VARIA

Les bâtiments de la Faculté de Médecine de Paris.

Il paraît que les travaux des Bâtiments de la Faculté de Médecine vont être prochainement repris : les vieilles bâtisses de la rue de l'Ecole-de-Médecine et de la rue Hautefeuille, qui subsistent depuis trop longtemps vont bientôt disparaître pour faire place à un nouveau corps de bâtiment, qui viendra compléter l'ensemble de l'édifice. Le Doyen de la Faculté a été invité à faire évacuer, pour le 15 septembre au plus tard, tous les locaux qui sont aménagés dans ces vieilles bâtisses.

Au dire de l'*Indépendance médicale*, pour la rentrée prochaine, le laboratoire de chimie de M. le Pr Gautier sera installé dans les locaux que l'on aménage en ce moment dans le corps de bâtiment en bordure sur le boulevard Saint-Germain.

La collection des instruments de chirurgie renfermés dans le musée Orfila a été transférée à l'Ecole pratique, dans le laboratoire de M. le Pr Terrier, qui a l'intention de former un musée spécial de Médecine opératoire. Ce musée, dont le préparateur du cours est en train d'étudier l'agencement, sera installé cet hiver, dans une annexe du Laboratoire. Enfin, le Laboratoire d'Histoire naturelle de M. Heim hériterait de la partie botanique, que contient le musée Orfila.

Un homme de science méconnu : Auguste Laurent.

Nous extrayons d'une vibrante notice nécrologique (1), due à notre maître et compatriote, M. E. Grimaux, de l'Institut, les passages suivants, malheureusement trop vrais.

« C'est l'histoire commune des hommes de bonne foi, qui recherchent la vérité et ont les ambitions de réformateurs, d'être méconnus de leurs contemporains, de poursuivre leur œuvre seuls, sans appui, sans encouragement, toujours combattus, souvent injuriés, au milieu des difficultés sans cesse renaissantes de la vie... Et, quand épuisés par un travail incessant, ils meurent, jeunes encore, leur dernière heure est angoissée par la douleur de laisser sans ressources les êtres qu'ils ont aimés, par l'anxiété d'ignorer quel sera le sort des idées qu'ils ont jetées par le monde. Aussi appartient-il à leurs successeurs, à ceux qui profitent de leurs efforts, de leur rendre enfin l'hommage qui leur est dû, de faire connaître leur existence, d'étudier leur œuvre, de montrer par quelle filiation se sont établies les doctrines qui dominent actuellement ; c'est un pieux devoir de haute justice et de stricte équité, que doit remplir la postérité...

Auguste Laurent fut un de ces hommes d'initiative ; il usa sa vie dans un labeur constant à la recherche désintéressée de la vérité, en proie aux critiques malveillantes des uns, aux attaques grossières des autres. Il ne connut ni la fortune, ni les honneurs, ni même la joie de voir poindre enfin le triomphe des doctrines pour lesquelles il avait lutté sans relâche !!! Laurent était, comme le montre son œuvre, un esprit enthousiaste : il aimait les arts, il dessinait, peignait à l'aquarelle, et était passionné pour la musique, à ce point qu'il composa les paroles et la musique d'un opéra-comique. Ses convictions étaient républicaines ; il accueillit la révolution de 1848 avec les illusions généreuses des hommes de cette époque!!! ».

Et Auguste Laurent n'a été qu'un chimiste de génie !

Vengeance de libraire.

Sous ce titre, nous avons publié une lettre de notre collaborateur et ami, le Dr Julien Noir, protestant contre les procédés discourtois de critique (si l'on peut ainsi les dénommer), dont avait usé à son égard un *rédacteur* (?) anonyme des *Annales d'hygiène* (J.-B. Baillière et Ce, éditeurs, H. Baillière, gérant). M. Noir y voyait une vengeance de libraire ; il ne s'était pas trompé. Dans une lettre personnelle adressée à M. Noir, M. P. Brouardel, directeur des *Annales*, lui a déclaré que la rédaction des *Annales* était étrangère à cet article et qu'il trouvait « ce procédé détestable ».

Le numéro d'août des *Annales* publie à ce sujet la note suivante, dégageant toute responsabilité au sujet de l'article paru à son insu.

« La direction des *Annales d'Hygiène* est restée étrangère « à la publication de l'analyse de *Hygiène*, par le Dr J. Noir, « parue dans le numéro de juillet des *Annales*.

« La Rédaction ».

Nous oomprenons que la rédaction des *Annales* renie la paternité de cette analyse ; on n'aime guère en général à se voir attribuer à tort une méchanceté, surtout quand elle se double d'une sottise.

(1) *Rev. scientif.*, 1896, août.

NOUVELLES

—

NATALITÉ A PARIS.— Du dimanche 26 juillet au samedi 1er août 1896, les naissances ont été au nombre de 1.091, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 421 ; illégitimes, 120, Total, 541. — *Sexe féminin :* légitimes, 383 ; illégitimes, 167. Total, 550.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 26 juillet au samedi 1er août 1896, les décès ont été au nombre de 917, savoir : 499 hommes et 418 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 6, T. 11. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 6, F. 3, T. 9. — Scarlatine : M. 6, F. 4, T. 10. — Coqueluche : M. 4, F. 0, T. 4. — Diphtérie, Croup : M. 2, F. 1, T. 3. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 107, F. 54, T. 161. — Méningite tuberculeuse : M. 9, F. 7, T. 16. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 7, T. 17. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 10, T. 10. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 25, T. 41. — Méningite simple : M. 11, F. 10, T. 21. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 20, F. 16, T. 36, — Paralysie, M. 6, F. 3, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 6, T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 14, F. 28, T. 42. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 4, T. 7. — Bronchite chronique : M. 6, F. 3, T. 9. — Broncho-pneumonie : M. 12, F. 11, T. 23. — Pneumonie : M. 10, F. 13, T. 23. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 16, F. 16, T. 32 — Gastro-entérite, biberon : M. 70, F. 59, T. 129. — Gastro-entérite, sein : M. 13, F. 6, T. 19. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 9, F. 5, T. 14. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 3, T. 3. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 15, F. 11, T. 26. — Sénilité : M. 15, F. 25, T. 40. — Suicides : M. 15, F. 7, T. 22. — Autres morts violentes : M. 10, F. 3, T. 13. — Autres causes de mort : M. 83, F. 63, T. 146. — Causes restées inconnues : M. 1, F. 4, T. 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 81, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 23, illégitimes, 17. Total : 40. — *Sexe féminin* : légitimes, 32, illégitimes, 9. Total : 41.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS. — *Bibliothèque.* — La bibliothèque de l'Académie de Médecine s'est enrichie, pendant l'année 1895, de 5.919 volumes ou brochures et 400 estampes ou portraits. Le total des volumes que renferme cette bibliothèque s'élève maintenant à 164.529. Les 400 estampes ou portraits proviennent, partie du don fait à l'Académie par le Pr Marjolin, partie du legs du baron Larrey.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. DIEULAFOY, professeur de pathologie médicale de l'Université de Paris, est nommé sur sa demande, professeur de clinique médicale à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Le prix Godard, d'une valeur de 2,000 francs, sera décerné, en 1897, à l'auteur du meilleur mémoire produit sur l'une des trois questions suivantes : Section de médecine. 1° *Le myxœdème* ; 2° *Mécanisme, forme, étendue et effets des déplacements du cœur, du diaphragme et des organes intra-abdominaux dans les épanchements pleurétiques;* 3° *Les accidents nerveux du diabète.* Les candidats auront toute l'année pour traiter l'un de ces sujets ; ils devront faire parvenir leur travail au secrétariat avant le 31 juillet 1897.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — La chaire de thérapeutique est transformée en chaire de bactériologie et thérapeutique expérimentale.

ECOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — Un concours s'ouvrira le 1er février 1897, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLES DE MÉDECINE PRÉPARATOIRE RÉORGANISÉES. — *Examens.* — Le Ministre de l'Instruction publique a été saisi de diverses demandes émanant d'étudiants en médecine inscrits dans les Ecoles réorganisées, qui désireraient être autorisés à réparer en août, dans ces Ecoles mêmes, l'échec qu'ils ont subi durant la session d'avril aux épreuves de la première partie du deuxième examen du doctorat. La session permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, à laquelle il a soumis cette question, a reconnu qu'en présence des modifications apportées par les articles 7 et 8 du décret du 31 juillet 1893 et par la circulaire du 7 mars 1894 au régime des examens subis dans les Ecoles préparatoires réorganisées, il serait rigoureux de continuer à maintenir les dispositions du décret du 1er août 1883 (art. 11). Elle a été, en conséquence, d'avis qu'il convenait de donner suite aux demandes précitées. Le Ministre vient d'informer les Recteurs d'Académie qu'il a adopté cet avis, et il les prie de porter cette décision à la connaissance de M. le Doyen de la Faculté de médecine et de l'inviter à donner avis de ces dispositions au professeur chargé de présider la deuxième partie du deuxième examen du doctorat pendant la prochaine session, ainsi qu'aux directeurs des Ecoles préparatoires réorganisées de leur ressort.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été nommés dans la *réserve de l'armée de mer*, au grade de médecin principal, MM. les Drs Pichon (Marie-Alfred), et Gentilhomme (Prosper), médecins principaux des colonies en retraite.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — A été nommé dans la *réserve de l'armée de mer,* au grade de médecin de 2e classe, M. le Dr Brunswic (Jules), médecin de 2e classe des colonies, démissionnaire.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de Médecine de Leipzig.* M Le Dr Wilhelm SCHÖN, privatdocent d'ophtalmologie est nommé professeur extraordinaire. — *Faculté de Médecine de Marbourg.* Le titre de professeur a été conféré à M. le Dr Sandmeyer, privatdocent de physiologie. — *Faculté Tchèque de Médecine de Prague.* Sont nommés privatdocenten : MM. les Drs R. Kimla (*anatomie pathologique*); Andreas Schrutz (*histoire de la médecine et épidémiologie*). — *Faculté de Médecine de Tubingue.* M. le Dr Hans Gudden est nommé privatdocent de psychiatrie. — *Faculté de Médecine de Vienne.* M. le Dr Arthur Biedl est nommé privatdocent de pathologie expérimentale. — *Faculté de médecine de Klausenbourg.* M. le Dr K. BUDAY, privatdocent d'anatomie et d'histologie pathologiques, est nommé professeur ordinaire. — *Faculté de Médecine de Wurtzbourg.* M. le Dr F. HELFREICH, professeur honoraire d'ophtalmologie, est nommé professeur extraordinaire d'histoire de la médecine (chaire nouvelle). — *Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg.* M. le Dr W. N. SIROTININE, professeur extraordinaire de pathologie médicale et de thérapeutique, est nommé professeur ordinaire. — *Medical Departement of the University of Pennsylvania de Philadelphie.* M. le Dr A. C. ABBOTT est nommé professeur d'hygiène, en remplacement de M. Billings, démissionnaire. — *Medico-Chirurgical College de Philadelphie.* M. le Dr J. Mc. FARLAND, lecteur de bactériologie au Medical Department of the University of Pennsylvania, est nommé professeur de pathologie, en remplacement de M. Sangree. — *Medical Department of the Johns Hophins University de Baltimore.* M. le Dr John W. WILLIAMS est nommé professeur adjoint d'obstétrique. (*Sem. méd.*).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Par le Ministre des Colonies est nommée *Chevalier de la Légion d'honneur* Mme Victorine Charleux, en religion sœur Anselme, supérieure de l'hôpital militaire de Cayenne (Guyane). — M. le Dr Coffec (de Quimper) est aussi nommé *Chevalier de la Légion d'honneur.*

Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique :* MM. Lemaire (Paul-Louis), secrétaire de la Faculté de Médecine de Bordeaux ; Morel-Fatio (Alfred-Paul-Victor), professeur suppléant au Collège de France ; Oppert (Jules), professeur au Collège de France, membre de l'Institut.

Sont nommés *Officiers d'Académie :* MM. Lafont (Gilbert), professeur à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Clermont ; Lenormand (Camille), professeur à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Tours ; Berthelot (Daniel), assistant au Muséum d'histoire naturelle, agrégé à l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris ; Faurot (Paul-Clément-Lionel), attaché au laboratoire de zoologie expérimentale de l'Ecole des hautes études, lauréat de l'Institut ; Hallion (Louis), chef des travaux au laboratoire de physiologie pathologique de l'Ecole des hautes études ; Malard (André-Eugène), chef des travaux au laboratoire de zoologie maritime de Tatihou, dépendant du Muséum d'histoire naturelle ; Mme Groussard (Jeanne), en religion sœur Justine, infirmière au lycée du Mans ; Mme Perrin (Victoire), en religion sœur Cléophas, infirmière au lycée de Lyon. — M. Gougenhein, docteur en médecine, médecin du Conservatoire et des hôpitaux de Paris.

CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS. — Le Conseil de l'Université de Paris s'est réuni cette semaine sous la présidence M. Gréard, vice-recteur de l'Académie. Le recteur a tout d'abord donné lecture de la loi du 10 juillet courant sur les Universités. Par le fait seul de la promulgation de la loi, les Universités sont constituées et le Conseil général des Facultés est devenu le Conseil de l'Université. C'est sa première séance qu'il tient, et le recteur a exprimé sa gratitude à tous ceux qui ont contribué à la préparation et au vote de la loi.

Fêtes Universitaires. — Il a fait connaître que M. le Pr Potain a accepté de représenter la Faculté de médecine à l'inauguration de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Grenoble et que M. Moissan compte partir le 5 septembre prochain pour représenter l'U-

niversité de Paris au sesquicentenaire de l'Université de Princeton.

Nominations. — Il a communiqué la nomination de M. Castex en qualité de chargé d'un cours de clinique annexe des maladies du larynx, du nez et des oreilles à la Faculté de médecine et celle de M. Sevestre, comme chargé d'un cours de sérothérapie, tubage, trachéotomie, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Vœux. — Le Conseil a appuyé le vœu de la Faculté de médecine tendant à reporter l'enseignement de la matière médicale, de la chaire de thérapeutique à la chaire de pharmacologie.

Cours libres. — Le Conseil a enfin autorisé l'ouverture, pendant l'année 1896-1897, des cours libres suivants. — Faculté de médecine. M. Dunogier : *Pathologie et thérapeutique dentaire.* M. Lavaux : *Affection des voies urinaires.* — Faculté des sciences. M. Chabrié : *Chimie appliquée à l'étude des produits physiologiques et alimentaires.* — Ecole supérieure de pharmacie. — M. Béhol : *De la série cyclique.*

Congrès homéopathique international. — Le Congrès homéopathique international qui devait se tenir cette année à Londres, sous la présidence du Dr Pope, avec le Dr Hugues (de Brighton Angleterre), comme secrétaire général, du 13 au 18 juillet, a été reporté du 3 au 8 août.

La Sérothérapie de la Peste. — Par ordre du Ministre des colonies M. le Dr Yersin, médecin de 1re classe du corps de santé de ce département, fondait, il y a un an, à Uha-Trang (côte d'Annam) un laboratoire de bactériologie en vue d'immuniser des chevaux contre la peste, selon la méthode du Dr Roux. Dès l'apparition de la peste bubonique à Hong-Kong et dans les environs, le Dr Yersin reçut l'ordre de se rendre dans les localités atteintes pour expérimenter le sérum antipesteux qu'il avait obtenu. Nous apprenons aujourd'hui que le traitement par la méthode sérothérapique a été couronné de succès et lui a donné 23 guérisons sur 25 cas traités, tant à Amoy qu'à Canton.

Choléra. — *Egypte.* — On signale pour les dernières journées de samedi et dimanche dernier, 468 nouveaux cas de choléra et 347 décès en Egypte. — Le choléra augmente. Depuis lundi dernier, il y a eu 649 cas et 528 décès. Au Caire, 11 décès ; à Alexandrie, 24. — Pendant ces derniers jours, il y a eu en Egypte 395 nouveaux cas et 336 décès cholériques.

Typhus en Egypte. — Le typhus sévit à la frontière sud d'Egypte ; les troupes sont découragées.

La Fièvre typhoïde a Paris. — *Epidémie à l'Ecole Militaire.* — A la suite d'une épidémie typhique qui se déclara parmi les chevaux du 2e régiment de cuirassiers, caserné à l'Ecole Militaire et qui nécessita leur envoi au camp de Saint-Maur, quelques cas de fièvre typhoïde se sont produits parmi les hommes du 39e de ligne, casernés également à l'Ecole Militaire. Cette épidémie n'affectait qu'une seule compagnie de ce régiment ; quinze à vingt hommes ont été atteints et ont dû être mis en traitement à l'hôpital Saint-Martin. Il n'y a eu aucun cas mortel. Dès que le général Saussier a eu connaissance de l'épidémie, il a donné des ordres pour faire caserner dans les bastions les hommes valides et faire désinfecter les bâtiments de la caserne.

Institut antirabique de Saint-Pétersbourg. — A l'occasion du dixième anniversaire de la fondation de l'Institut antirabique de Saint-Pétersbourg, S. A. le prince Alexandre d'Oldenbourg a envoyé un télégramme de sympathie et de remerciement à l'Institut Pasteur et à MM. Perdrix et A. Loir, qui installèrent, en 1886, le service antirabique à l'Académie de Médecine de la capitale russe.

Dispensaire de salubrité de Paris. — M. le Dr Passant, médecin en chef du dispensaire de salubrité de la Préfecture de police, ayant été admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, a été nommé médecin en chef honoraire. M. le Dr Commenge, médecin en chef adjoint, a été nommé médecin en chef et M. le Dr Davesne a été nommé médecin en chef et M. le Dr Davesne a été nommé médecin en chef adjoint. Voici quelle est, depuis le 1er aout 1896, la composition du service médical du dispensaire de salubrité : MM. les Drs Commenge, médecin en *chef*; et Davesme, médecin en chef adjoint. *Médecins titulaires* : MM. Jaubert, Landois, Lemoine, Darin, Descoust, Calandreau, Branly, Butte, Senac, Servaux, Marty, Poupon, Gillet et Rovillain. *Médecins adjoints* : MM. Frasey, Lenoir, Hautecœur, Lebon, Gresset et Tournier.

Nominations récentes au Dispensaire de Salubrité. — Sont nommés au concours médecins adjoints au dispensaire de salubrité de Paris, MM. les Drs de la Niece et Bernard.

Etuves municipales de désinfection a Paris. — Pendant le mois de mars, les étuves municipales de désinfection ont procédé à 3.402 opérations.

Laboratoire de Bactériologie a Paris. — En mai, le laboratoire a porté 299 diagnostics pour angines douteuses. La proportion des angines diphtériques a été de 19,7 0/0. Sur 28 examens de produits soupçonnés tuberculeux, le bacille de Koch a été trouvé 7 fois.

Hôpitaux de Bordeaux. — Mme veuve Edmond Léon, décédée il y a quelques jours à Paris, a, par son testament, laissée à l'Assistance publique de Bordeaux, pour venir en aide aux pauvres de tous les cultes, un legs évalué à 4 millions.

Hygiène vétérinaire. — L'état sanitaire du bétail s'étant amélioré, un arrêté ministériel autorise la reprise de l'exportation des moutons du marché aux bestiaux de Vienne pour Paris à dater du 6 août.

Le Monument Pasteur et l'Allemagne. — Un comité composé des Prs de Pettenkofer, de Ziemssen et Hans Buchner, s'est formé à Munich dans le but de concourir à l'érection d'un monument à Pasteur.

Société allemande de Chirurgie. — La Société allemande de Chirurgie a élu le Pr Bruns (de Tubingen), président pour 1897. La Société compte maintenant 780 membres et possède un capital de près de 750,000 francs.

Pharmacie. — *Incendie.* — Un violent incendie a détruit, à Biskra, le 30 juillet, la pharmacie du cercle civil ; les dégâts sont importants.

L'Hydrothérapie dans les Facultés d'Autriche-Hongrie. — La Chambre des Députés vient de prendre une résolution d'après laquelle une chaire d'hydrothérapie sera créée dans toutes les Facultés de Médecine de l'Empire et les étudiants seront obligés de passer un examen spécial sur cette branche de la thérapeutique.

Journalistique. — Nous avons le regret d'apprendre et d'annoncer la mort d'un excellent journal de la Havane, la *Revista de ciencias medicas*, dirigée par le Dr Jacobsen, et qui meurt tristement à l'âge de 11 ans, après avoir vaillamment combattu pendant toute son existence.

Nécrologie. — M. le Dr Guillaud, de Bourgoin (Isère), reçu en 1875. — M. le Dr Georges Bernard (de Paris).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MÉDICAL*

RECHERCHES CLINIQUES & THÉRAPEUTIQUES

SUR

l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie

Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'**année 1895;**

Par BOURNEVILLE

Avec la collaboration de MM. Boncourt, Comte, Dardel, Dubarry, Leriche, Lombard, J. Noir, Pilliet, Ruel, Sollier et Tissier, internes ou anciens internes du service.

Tome XIV. Un beau volume in-8° de LXXI-254 pages, avec 31 figures et 8 planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris — Imp. Goupy (G. Maurin, Succr), rue de Rennes, 71.

3e SÉRIE. T. IV. N° 34. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 22 AOUT 1896.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

ASILE CLINIQUE (SAINTE-ANNE). — **M. MAGNAN.**

Leçons recueillies par M. le Dr PÉCHARMAN, médecin-adjoint des Asiles de la circonscription de Paris.

XIIIe LEÇON. — Les Délires systématisés dans la Paralysie générale.

SOMMAIRE : Symptôme psychique fondamental des lésions matérielles des centres nerveux (troisième groupe d'aliénations accidentelles) : Affaiblissement des facultés. Degré de cet affaiblissement, variable avec la lésion. Lésions circonscrites et lésions diffuses. Caractéristique anatomique de la paralysie générale : encéphalite interstitielle diffuse, rendant compte de la dissociation rapide des états de conscience. Observation de paralytique général chez lequel l'excitation cérébrale rend particulièrement manifeste cet arrêt des associations cérébrales. En s'appuyant sur ce fait, et sur les caractères habituels des délires paralytiques, un délire systématisé dans la paralysie générale ressemble à un paradoxe. Cependant la clinique nous affirme cette possibilité : 1° au début ou au moment des rémissions (condition chronologique) ; 2° chez les prédisposés vésaniques (condition étiologique). Observation de délire systématisé de persécution dans la paralysie générale.

Les lésions matérielles, circonscrites ou diffuses, des centres nerveux provoquent l'apparition de symptômes physiques et mentaux, constamment, mais diversement combinés. Les troubles psychiques, les seuls que nous ayons à considérer consistent essentiellement, quelles que soient la cause, l'étendue et la forme anatomique de la lésion, en un affaiblissement plus ou moins marqué des facultés, de l'esprit. L'affection peut évoluer ainsi à l'état de simplicité, toujours réduite à ce syndrome fondamental ; dans quelques cas cependant des traits nouveaux viennent en altérer la forme. Des états délirants se greffent sur la base démentielle ; mais ces états n'ont aucun rapport immédiat avec la lésion sous-jacente ; ils ne sont que des hors-d'œuvre, des épisodes contingents et curables, tandis que l'affaiblissement psychique, résultat direct de la perturbation anatomique, est, lui, incurable et très souvent progressif.

Cet affaiblissement n'est nulle part aussi rapide et aussi profond que dans la paralysie générale. Les lésions circonscrites des centres nerveux (*tumeurs, gomme, hémorrhagies cérébrales ou méningées, pachy-méningites, foyers de ramollissement*), leur involution sénile amènent sans doute la déchéance de l'esprit ; mais cette déchéance est partielle ou lente à se produire, si bien que les délires nés sur ce terrain, y trouvent encore, surtout au début de l'affection, assez d'éléments et d'associations intactes pour prétendre à la systématisation. Nous n'insisterons donc pas sur ces formes d'aliénations accidentelles à base organique, et nous passerons tout de suite à l'étude de la paralysie générale et de ses délires systématisés.

Une inflammation diffuse du tissu de soutènement de la substance nerveuse, une *encéphalite chronique interstitielle* isolant les uns des autres les cellules et les groupes de cellules, telle est la lésion de la paralysie générale, lésion qui aura pour dernier terme, comme toutes les scléroses, l'atrophie de l'organe. Cette lésion frappe donc de prime abord les processus d'association ; elle élève entre les neurones des barrières que l'influx nerveux ne franchit plus ou ne franchit qu'avec peine. Et de cet isolement des images, de ce morcellement des états de conscience, résulte peu à peu cette démence si caractéristique dont l'histoire clinique n'est plus à faire. (1)

Chez le malade suivant, l'encéphalite a produit deux effets diamétralement opposés : d'une part l'irritation des centres corticaux et l'accélération consécutive du mouvement général des idées ; d'autre part la rupture d'un grand nombre d'associations et la restriction fatale des opérations psychiques. L'intervention simultanée de ces deux facteurs a rendu particulièrement manifeste la raréfaction de la pensée, la dissociation des états de conscience qui est la base de l'affection.

OBSERVATION XXVIII.

Paralysie générale chez un sujet présentant deux pieds bots varus. Excitation cérébrale. Répétition incessante des mêmes membres de phrases ; énumération rapide et bruyante d'une série de noms de personnages, de villes, de quartiers; mouvements automatiques cadencés rhytmant l'énumération.

Ch..., Pierre, tailleur, est âgé de 48 ans. Personne ne le visite; il ne peut fournir aucune notion sur son état antérieur ; les renseignements sur ses antécédents héréditaires et personnels font donc totalement défaut. Au point de vue physique, Ch... présente deux pieds bots varus et quelques malformations cranio-faciales, mais en raison de sa démence avancée l'on ne peut rien préjuger de sa valeur intellectuelle primitive.

Chez lui, en effet, la paralysie générale est déjà fort accentuée. Un embarras considérable de la parole, une inégalité très marquée des pupilles (la gauche plus large) avec paresse extrême de leurs réactions à la lumière et à l'accommodation, en sont les signes physiques essentiels. Et l'on constate aussi par moments des déjections involontaires.

Les facultés mentales sont très affaiblies. Ch... ne sait point comment il est arrivé à l'asile ; il a oublié son âge, ne peut dire exactement quel est le quantième du mois et de l'année. Il n'a aucune conscience de ce qui l'entoure, ignore où il est et quels sont les gens qu'il voit autour de lui. Il est d'ailleurs parfaitement satisfait de lui-même ; expansif, l'œil brillant, le visage animé, il paraît enchanté de sa situation. A certains moments de la journée, à l'approche de la visite ou à l'heure des repas sa joie augmente. Aussitôt il émet invariablement cette phrase : « Tous bons fieux, tous bons fieux ici ! » Mais au milieu même de cette habituelle béatitude, il oppose une résistance passive à tous les ordres des gardiens, soit qu'on veuille changer ses vêtements souillés, soit qu'on veuille le faire coucher, le mettre au bain, etc. Dans ce cas, il profère un grand nombre de fois ces mots : « Il n'y a rien de fait! » et les répète encore un certain temps, après qu'on l'a laissé en repos.

Mais, dans tous ces cas, il est très rare que, mis en fonction par ces quelques phrases, ses centres corticaux conservant l'excitation, ne provoquent l'émission de nouvelles phrases incohérentes, mais restant dans un ordre de représentations restreint et toujours le même. Ce sont des noms de villes, de rivières, de monuments, d'hommes célèbres qui se succèdent

(1) Voir *Progrès médical*, nos 38, 39, 44, (1894), 5, 6, 7, 16, 31, (1895), 1, 16 et 29 (1896).

(1) Voir Magnan et Sérieux. *La paralysie générale*. Encyclopédie des Aide-mémoire de Léauté.

prestement, puis s'arrêtent peu à peu, comme par saccades, jusqu'à une excitation nouvelle. C'est ainsi qu'à chaque provocation, quelle qu'elle soit, après une des deux phrases favorites « tous bonfieux » ou « il n'y a rien de fait », le malade reprend : « On est bien ici, on est bien à Boulogne! » et aussitôt ce dernier nom entraîne par association d'autres termes géographiques, historiques, etc. Voici par exemple une de ces énumérations : « Je connais Passy, et Grenelle et Boulogne; Boulogne c'est la Seine; je connais aussi la Loire, et Orléans, et Saint-Ouen, et la tour Eiffel; je connais le Panthéon, je connais Victor Hugo et Louis-Philippe, et aussi Montmartre et le général Boulanger ! » On peut même, en lui fournissant le premier terme d'une série, amener une énumération plus ou moins longue. Invité à dire : artilleur de l'artillerie, il répond aussitôt : « Artilleur ! un sabre, un cheval, de beaux chevaux, des canons, des fusils, un beau fusil Lebel ! » Lui dit-on brusquement : Trocadéro ! il reprend : « la tour Eiffel, la Seine, le Champ de Mars ! » Nous avons dit que, le plus souvent, le flux de paroles cessait lentement, mais par intermittences de plus en plus longues jusqu'au retour à l'état de silence. Parfois, au contraire, Ch... s'arrête brusquement, comme si tout à coup sa pensée perdait pied; parfois encore, après une énumération assez longue, la série qui semblait épuisée reprend, mais sans ordre, au hasard des associations éveillées. Enfin, si l'on arrive à provoquer un court arrêt, ou, chose plus rare, une réflexion, le chapelet de noms se précipite aussitôt après plus rapide, comme si le malade voulait rattraper le temps perdu.

Ch... émet toutes ces phrases sur le même ton, rapide, bruyant, et quelque peu scandé. Il ponctue chaque fois son verbiage de mouvements rythmiques, il frappe en cadence avec la main droite la face externe de la cuisse du même côté, et, quand l'entrain est plus vif, il frappe alternativement sa cuisse, son bras gauche et sa poitrine, comme si ce geste activait l'éveil des idées.

La somme des représentations que Ch... exprime ainsi spontanément est très limitée, ce sont toujours les mêmes séries d'images qui reviennent. Cependant, on peut parfois fixer son attention et mettre en jeu des associations plus nombreuses, jusqu'à formation d'idées suffisamment coordonnées. C'est ainsi qu'après lui avoir, à plusieurs reprises, demandé ce qu'était Louis-Philippe, il répond plusieurs fois : « c'est un bon fieux ! », et, sur notre insistance finit par dire : « c'est un roi ! », mais il le croit toujours vivant.

De Victor Hugo il dit : « il fait des romans », d'Orléans : « c'est la Loire ! », de la tour Eiffel : « 300 mètres, c'est en fer ! ». Au nom de Bazaine on parvient à l'arrêter plus longtemps, et l'on obtient la série d'explications suivantes : « Bazaine, c'est un maréchal, il était habillé en général, c'est beau, il a fait son devoir, ce n'est pas vrai qu'il a trahi, il s'est bien conduit, Bazaine, bon fieux ! ». Mais de Carnot il fait un sénateur, le Président de la Chambre et du Sénat, il donne cette définition : « C'est les plus grosses têtes, c'est les grands fauteuils ! » Et toujours après ces efforts pour faire une réponse réfléchie, l'énumération recommence, avec son activité automatique, où les mêmes noms d'hommes évoquent les mêmes noms de monuments, qui, à leur tour, engendrent des noms de quartiers, de rivières, de villes, au gré des associations qui restent.

Ce malade ne nous rappelle-t-il pas le maniaque, chez lequel un son, la vue d'un objet, un souvenir, une pensée suggérée, amènent si souvent l'émission de séries divergentes et disparates de mots, de phrases entre-coupées, elliptiques, mais rattachées les unes aux autres par le sens général de la consonnance? Il est vrai que, chez le maniaque, toutes les images, toutes les idées, tous les états de conscience peuvent entrer dans cette trame indéfiniment tissée ; que l'influx nerveux circule sans trêve par les mille fils des associations cérébrales. Chez notre paralytique, au contraire, il semble qu'il n'y a plus que quelques voies ouvertes par où l'influx se décharge automatiquement à chaque excitation nouvelle, qu'il y a le long des fibres conductrices, comme des solutions de continuité qui parfois arrêtent brusquement la pensée ou lui font faire un retour en arrière vers les idées déjà exprimées. Ce n'est pas à dire cependant que les liens, qui unissaient les unes aux autres ses conceptions, soient complètement brisés, et vous avez pu voir comment on obtenait quelques réponses suffisamment coordonnées. Mais vous avez vu aussi avec quelle insistance on devait agir, quel effort pénible d'attention on devait soulever, et, malgré tout, quelle série de faux pas de la pensée on provoquait, comme si l'impression, ayant à surmonter, pour s'irradier, des résistances extrêmes, s'arrêtait parfois devant elles et se lançait vers d'autres voies, plus faciles que la voie indiquée, mais radicalement fausses. On trouve donc, à la base de la paralysie générale, un arrêt progressif des associations cérébrales, qu'explique bien le siège primitif de la lésion, là, les premiers degrés d'une démence que l'atrophie consécutive de la cellule rendra plus évidente encore. Mais si l'on songe que cette dissociation des états de conscience est rapidement généralisée, ne se prendra-t-on pas à penser que le titre même de cette leçon — délires systématisés dans la paralysie générale — est un véritable paradoxe? Et si l'on songe aussi aux caractères habituels des états délirants paralytiques, ne sera-t-on pas convaincu que cette idée *a priori* est l'expression de la vérité clinique?

Prenons, par exemple, le paralytique à la période d'état. L'affaiblissement si complet de ses facultés laisse le champ libre aux interprétations les plus extravagantes. L'idée délirante peut surgir alors à la faveur des moindres incidents extérieurs des idées suggérées, des lectures, des souvenirs fortuits. Et comme suivant le mot de M. Marillier « la conscience est cloisonnée en un nombre infini de compartiments qui ne peuvent communiquer », on assiste à l'exposition indéfiniment changeante d'idées absurdes et contradictoires, « qui ne se heurtent point parce qu'à vrai dire elles ne se touchent point (1). » Ainsi le délire s'étend, se métamorphose, se contredit au gré des moindres incidents : mobile et incohérent, il est l'antipode du délire systématisé.

Voyez plutôt les malades. Celui-ci nous annonce gravement qu'il vient d'affranchir l'Alsace et la Lorraine. Il a fait les inventions les plus fructueuses; il gagne 100,000 fr. par an, un million; plus encore. Il est l'élu de Dieu, il va devenir député de Belleville. Un instant après il a oublié ses conceptions grandioses; sans s'apercevoir de la contradiction, il déclare être concierge de l'école communale, raconte que sa femme est chargée d'y tenir une cantine, et nous confie qu'il aspire à devenir le concierge du Trocadéro. Celui-là parait enchanté de lui-même; il est bon ouvrier, artiste habile; il est beau, bien fait, vigoureux. Et cependant à ces idées de satisfaction, il allie sans sourciller des conceptions négatives : il affirme, d'un air béat qui jure étrangement avec ses paroles, qu'il n'a plus de nom, qu'il n'est plus lui-même, qu'il ne boit plus, qu'il ne mange plus. S'il consent à boire devant vous, cela ne l'empêchera pas de dire : « Çà ne passe pas, puisque le gosier est bouché. »

Un troisième se dit perdu, ruiné, deshonoré ; il demande à grands cris qu'on le conduise en prison. Il est inquiet, s'agite, marche en un va-et-vient désordonné, comme s'il était en proie à un violent désespoir. Quel-

(1) Marillier. — *Du rôle de la pathologie mentale dans les recherches psychologiques*; in *Revue philosophique*, 1893.

ques heures se passent, et le voilà devenu exubérant, plein de joie ; debout au milieu de la cour, il regarde le soleil en face, persuadé qu'il va l'éteindre, et se déclare prêt à renverser la maison d'un coup de poing. Les idées délirantes du paralytique général (1) reflètent donc le fonds spécial sur lequel elles ont apparu. Elles sont, comme l'a bien dit J. Falret, multiples, mobiles, absurdes, contradictoires entre elles. Mais, si ces idées sont telles quand la démence est indéniable, elles peuvent ne pas l'être encore quand la lésion commence son œuvre, et elles peuvent cesser de l'être quand la lésion s'arrête ou rétrocède. Au début, en effet, que trouve-t-on ? Si le fait saillant de la paralysie générale est une ruine rapide des facultés, il n'en est pas moins vrai que dans la première période de la maladie ces modifications psychiques sont à peine marquées et que les déviations de l'état normal sont parfois difficiles à saisir. Les changements ne se traduisent alors que par des nuances : une aptitude moins grande au travail, une fatigue plus facile, une sorte de torpeur qui pèse sur toutes les opérations de l'esprit, une maladresse inaccoutumée de la main. La mémoire est moins fidèle ; ce sont des objets oubliés, des visites projetées que l'on ne pense pas à faire, des dates erronées, des indications inexactes, une foule de petits incidents qualifiés au début du nom d'étourderies et dont la répétition indique déjà que le mal est plus profond. En même temps, le fonds affectif et moral se modifie : une humeur irrégulière, une irascibilité irrationnelle et puérile, des habitudes nouvelles et insolites d'avarice ou de prodigalité, des négligences dans la tenue, des incorrections grossières, l'insouciance extrême ou l'activité fébrile, autant de troubles dont la combinaison avec les précédents appelle l'attention des esprits prévenus. Les phénomènes somatiques alors interrogés ne peuvent laisser de doute prolongé sur la nature de l'affection et sur sa marche probable ; mais si la plupart des sujets sont aussi rapidement et massivement frappés, chez quelques-uns cette phase primordiale est très lente, peu marquée, et la lésion semble laisser à l'intelligence assez de vigueur, pour lui permettre encore de réunir et d'associer nettement des idées.

D'ailleurs, la démence elle-même n'est pas toujours sans appel ; on voit — rarement il est vrai — des cas dans lesquels elle s'arrête et paraît même rétrocéder. On assiste à une sorte de reviviscence intellectuelle du malade, et on pourrait croire à la guérison, si quelques signes isolés (inégalité pupillaire, accrocs de la parole), quelques troubles résiduaux de l'intelligence n'affirmaient que la lésion est seulement silencieuse et comme endormie. A vrai dire, ces rémissions indiquent le plus souvent la disparition d'accidents congestifs surajoutés, dont l'éclosion avait accentué passagèrement l'affaissement mental du sujet ; mais quelle que soit l'interprétation possible de ces rémissions, il n'en existe pas moins des périodes de la maladie au cours desquelles l'intelligence, se dégageant de ses ruines, ressaisit et renoue la plupart de ses éléments.

Voilà donc deux phases de l'affection pendant lesquelles le niveau mental se maintient ou se relève, et s'il est vrai de dire que les délires reflètent l'état de l'intelligence sous-jacente, si pendant la démence paralytique ils sont mobiles, absurdes, incohérents, on sera autorisé à penser que, pendant ces deux périodes, ils pourront être moins mobiles, moins absurdes, moins incohérents. C'est, en effet, ce que nous enseigne la clinique en nous permettant d'observer à ces périodes de la paralysie générale des délires systématisés.

Mais si la clinique nous montre à quels moments de la paralysie générale un délire est capable de se coordonner, si elle nous découvre ainsi ce qu'on pourrait appeler la condition chronologique de la systématisation, elle nous en indique aussi la condition étiologique. Vous savez comment, chez un sujet cérébralement affaibli par une lésion matérielle, mais non entaché d'une prédisposition vésanique, un délire alcoolique peut laisser après lui des troubles intellectuels plus limités, c'est-à-dire des idées de persécution et des hallucinations. Or, ce délire secondaire n'est qu'un résidu des troubles sensoriels immédiatement antécédents, un corollaire de phénomènes hallucinatoires accidentels qu'une intelligence apauvrie s'est trouvée impuissante à repousser tout entier. Mais lorsqu'à l'occasion d'une lésion matérielle des centres nerveux — la paralysie générale en l'espèce — un délire systématisé éclate spontanément sans jalon directeur qui le précède, dira-t-on qu'il est sorti de toutes pièces de la désagrégation commençante du mécanisme mental ? La clinique nous répond aussitôt qu'un élément plus profond préexiste, et de loin, à la lésion et au délire, et que, si l'encéphalite interstitielle, en dissociant les centres cérébraux, prépare à la psychose le champ où elle pourra plus à l'aise se développer, quelque chose la précède d'où elle sort directement : un état mental primitivement défectueux, c'est-à-dire une prédisposition vésanique. C'est surtout à l'occasion des accès mélancoliques que se révèle l'influence des prédispositions héréditaires (ascendants mélancoliques ou ayant accompli une tentative de suicide). Grâce à la diminution de la résistance cérébrale, l'influence psychopathique se traduit par ses productions délirantes spéciales. Chez ces sujets prédisposés, les idées mélancoliques moins mobiles peuvent rester invariables pendant presque tout le cours de l'affection.

On voit aussi sous les mêmes conditions étiologiques s'organiser d'une façon plus prolongée et plus systématique des idées de persécution, hypochondriaques, mystiques, et même des idées de grandeur. Le malade que je vais vous présenter est un type remarquable du délire de persécution systématisé, développé en pleine paralysie générale. Il a ressenti à 47 ans, en 1891, les premières atteintes de la maladie (céphalées, étourdissements subits, inhabileté de la main, changement de caractère). Dès l'année suivante, la parole est devenue hésitante et la mémoire infidèle ; vingt-sept ans auparavant il a eu la syphilis, et, pendant toute son existence il a fait de nombreux excès. Successivement sculpteur sur bois, décorateur, chanteur de café-concert, régisseur de théâtre et gérant d'hôtel, il a vagabondé de tous côtés, au gré de son humeur capricieuse et mobile. Il présente un degré notable d'asymétrie cranio-faciale ; il est le fils d'un père violent impulsif et d'une mère névropathe ; il est le père d'un sujet d'une mentalité instable et qui a fini dans le suicide. De telle sorte que si nous trouvons dans son histoire les conditions étiologiques favorables au développement de l'encéphalite interstitielle, nous y voyons aussi la marque d'une prédisposition à la folie.

Devenu paralytique, il devient du même coup délirant ; il se croit l'objet d'une persécution, il émet quelques idées de grandeur et, sous l'empire d'un état mélancolique, se « croyant abandonné de tous », il fait une

(1) Pour plus de détails sur ces délires, voir Magnan et Sérieux, *loc. cit.*, p. 61 et suivantes.

première tentative de suicide. Amené à l'admission au mois de novembre 1892, il présente les signes classiques de la paralysie générale, affaiblissement des facultés, hésitation caractéristique de la parole, myosis et inégalité pupillaire, etc. ; il énonce sans expansion quelques idées de persécution et de grandeur, et il accuse des hallucinations injurieuses de l'ouïe. Mais l'affaiblissement intellectuel s'amende, la mémoire devient meilleure. Le délire alors se dégage et s'active. Une deuxième tentative de suicide bien combinée n'avorte que grâce à la surveillance dont le malade est l'objet. La rémission se maintient et le délire s'organise. Hallucinations de l'ouïe et hallucinations psychomotrices, troubles de la sensibilité générale et génitale, réactions réfléchies contre ses persécuteurs, recherche raisonnée de leur personnalité et des mobiles qui les font agir : tout concourt à coordonner et à affermir le système délirant du malade, lorsque subitement, en mars 1893, deux ictus épileptiformes viennent le plonger dans une sorte d'inconscience hébétée. Les signes moteurs et intellectuels de la paralysie générale s'aggravent, tandis que d'autre part le délire s'affaisse et se réduit à quelques conceptions sans relief. Un mois après environ l'obtusion se dissipe, l'intelligence un moment obscurcie revoit le jour, et, ponctuant ce réveil de l'activité psychique, le délire se relève à son tour. Depuis lors la rémission ne s'est pas démentie ; et, comme rien n'est venu entraver son essor, le système vésanique a pu se dérouler sans obstacle et acquérir rapidement une forme bien accusée. L'histoire du malade va nous permettre de suivre pas à pas ces rapports réciproques de l'encéphalite et du délire.

Observation XXIX.

Paralysie générale avec délire systématisé de persécution.

R... Auguste, âgé de 48 ans, est entré le 8 novembre 1892.

Les renseignements sur ses antécédents héréditaires sont incomplets ; ils nous apprennent seulement que la mère asthmatique et névropathe est morte jeune, que le père, d'un tempérament congestif, d'un caractère impulsif et violent, a succombé vers 50 ans, des suites d'une longue maladie. Un frère, ingénieur, d'un naturel instable, après avoir entrepris les affaires les plus diverses, s'est suicidé d'un coup de revolver.

Quant au malade, s'il a donné des preuves d'une intelligence vive, s'il a exercé, non sans talent, son métier de sculpteur sur bois, il a montré d'autre part une extrême mobilité ; c'est ainsi qu'à Paris, à Lille, au Havre, à Angers, où il habite successivement suivant les hasards de son existence vagabonde, il travaillait pendant le jour chez les décorateurs et le soir il allait chanter dans les concerts. En 1885, après bien des vicissitudes, il devient régisseur d'un théâtre; mais, incapable d'embrasser pour longtemps une situation quelconque, il abandonne encore celle-ci pour devenir le gérant de l'hôtel dans lequel il habitait. R... a ainsi manifesté une déséquilibration psychique, et il présente un degré notable d'asymétrie crânio-faciale. En interrogeant ses antécédents nosologiques, nous apprenons qu'à 20 ans il a contracté une syphilis dont les accidents ont été peu intenses, et que, au cours de sa vie mouvementée, il a fait de nombreux excès (alcooliques et vénériens).

C'est en 1891 que R... a senti s'altérer sa santé. Son caractère se modifiait et rendait sa tâche difficile : de Lille, où il avait, dans son malheur, demandé l'hospitalité à ses amis, il revient à Paris, espérant s'y faire soigner et pouvoir mettre à profit son talent de sculpteur. Mais ses mains étaient devenues maladroites et ne lui permettaient pas d'exécuter les ouvrages délicats. Déjà d'ailleurs (1892) d'autres troubles avaient apparu R... souffrait de maux de têtes tenaces. Autrefois bienveillant et enjoué, il devenait taciturne, irritable, s'emportait aux moindres contradictions. On remarquait aussi chez lui des changements soudains de coloration de la face : celle-ci passait subitement de la congestion la plus intense à la plus grande pâleur. Quatre ou cinq mois enfin avant l'internement, la parole devenait hésitante, et la mémoire présentait de notables lacunes (juin-juillet 1892).

Ces troubles avaient été d'abord remarqués seuls ; et ce n'est que trois mois plus tard (septembre 1892) que R... a commencé à changer de logement, allant constamment d'un hôtel à l'autre parce que, disait-il, on mettait du poison dans ses aliments. En même temps il parlait de ses richesses et tendait à s'attribuer une haute importance politique.

Conduit en octobre 1892 à la consultation de la Salpêtrière, il fut admis dans le service de M. Charcot, et déclaré atteint de paralysie générale. Là, il se montra anxieux, déprimé. Au bout de trois semaines, ses visiteurs s'étant relâchés de leur assiduité, il se plaignit « d'être abandonné de tout le monde » et, s'étant caché dans les latrines, il se plongea profondément un couteau de poche dans la région du pli du coude. Transféré immédiatement à Sainte-Anne (8 novembre) R... présente un ensemble de signes qui ne laissent aucun doute sur l'existence de l'encéphalite chronique interstitielle diffuse. Il a des hésitations fréquentes et caractéristiques de la parole ; ses pupilles sont contractées et inégales ; les mains et la langue tremblent, l'écriture est déformée et presque illisible. L'affaiblissement des facultés donne aux idées qu'il émet un caractère incohérent et diffus ; il énonce sans expansion des idées de richesse et des conceptions ambitieuses ; abandonné à lui-même, il est sombre et demeure taciturne. Cette attitude déprimée ne trahit pas les hallucinations pénibles dont il se plaint, lorsqu'on l'interroge il raconte alors qu'il s'entend invectiver de la plus grossière façon, qu'on le traite de prussien, de voleur, de pédéraste, qu'on cherche à le perdre, etc. Il dit tout cela sans énergie, d'un ton mi-dolent, mi-placide, et ne sort pas d'un cercle restreint de conceptions. Mais progressivement les accidents primordiaux de l'encéphalite interstitielle diffuse tendent à s'atténuer ; la mémoire devient meilleure, l'association des idées est moins fruste, et à mesure que les facultés se relèvent, les phénomènes hallucinatoires et les conceptions qui en dérivent gagnent parallèlement en précision et en coordination. En janvier, le malade se possède suffisamment pour faire une nouvelle tentative de suicide. Il a recueilli et soigneusement dissimulé un lacet de souliers, et, profitant d'une courte absence du gardien, il se le porte autour du cou en nœud coulant, après avoir attaché l'autre extrémité à une barre de son lit, et il se laisse aller. Cette entreprise parfaitement préméditée et combinée, eut réussi sans le retour de l'infirmier.

Dans la suite, la rémission se maintient et le délire s'organise. R... décrit clairement ce qu'il éprouve. Des voix, qui frappent ses oreilles, persistent à le calomnier, à l'injurier odieusement et le menacent même des derniers supplices. D'autres fois, ce sont des hallucinations psychomotrices : « on parle sur son palais, comme pour faire remuer sa langue en lui faisant dire des horreurs. » Des troubles de la sensibilité générale apparaissent, et la sphère génésique elle-même est atteinte : pendant la nuit on le chloroformise pour le polluer. Il oppose à certaines de ces attaques des actes réfléchis : il pousse par exemple son lit contre la porte, en se couchant, pour empêcher ses ennemis de pénétrer dans le dortoir. On voit, dans tous ces faits, un ensemble complet et une certaine régularité; mais les persécuteurs sont encore indéterminés : gnômes ou diables, envieux ou voleurs, R... ne saurait au juste se prononcer. Il cherche cependant, et il essaie de percer leurs desseins aussi bien que leur personnalité. Le poursuit-on parce qu'il connaît un trésor caché, ou bien parce qu'il a une parole d'or, ou encore, et surtout, parce qu'il doit hériter d'un oncle de Saint-Pétersbourg fort riche, et dont on voudrait recueillir à sa place la succession ?

Le délire forme ainsi un système relativement stable, lorsque, en mars 1893, deux ictus épileptiformes consécutifs rappellent tous les désordres paralytiques. Après le premier des deux ictus, survenu le 1er mars, la parole est extrêmement embarrassée, la voix éteinte l'habitus affaissé, apathique. Les hallucinations se produisent encore, mais perdent leur caractère, et laissent le malade tout à fait indifférent. On lui dit : « qu'il va avoir un beau costume, qu'il fera ses 28 jours. » Il ne cherche plus à les interpeller. Les souvenirs se voilent :

l'oncle de Russie est complètement oublié. Le second ictus, arrivé le 10 avril, met le comble à la torpeur intellectuelle ; le malade, inerte, garde le lit, sa figure est pâle et grimaçante; des soubresauts soulèvent ses membres par saccades; un tremblement continuel secoue sa langue en masse et s'étend jusqu'aux lèvres, le langage est complètement inintelligible.

Après trois semaines de prostration hébétée, une amélioration progressive se produit. Dès la fin d'avril, les troubles moteurs sont très amendés, l'obtusion intellectuelle se dissipe graduellement, la mémoire se dégage. Avec le retour de l'activité psychique se réveille aussi le délire, et, grâce au maintien de la rémission, la systématisation atteint aussitôt son apogée.

R... se retrouve en proie à des hallucinations cruelles et compliquées. Celles des centres auditifs sont particulièrement opiniâtres. Pendant les interrogatoires même, elles lui défendent de dévoiler ses souffrances. Elles prennent ailleurs la formo de conversations entières au cours desquelles il est « traîné dans la boue. » On lui reproche des rapports avec un W. R., homme de mœurs inavouables. On fait sur son passé et sur son état actuel des réflexions blessantes et injurieuses, l'accusant de vols imaginaires de pédérastie passive, etc. On le menace enfin de le mutiler horriblement s'il essaie de sortir de l'asile. Il se dit trop bien élevé pour oser répéter les termes de ses insulteurs.

Les centres olfactifs entrent aussi en action : « Cela sent mauvais autour de lui, on lui souffle des odeurs fortes par des tubes à travers le plafond. »

La sensibilité générale est très-malmenée. Il reçoit constamment des décharges électriques, des piqûres, des contacts. On lui envoie des spasmes. On échauffe ou refroidit à volonté ses jambes et ses pieds. Des gardiens ont même été soudoyés pour altérer son lait et son vin. Celui qui a pansé la plaie de son bras à son arrivée a introduit sous la peau quatre grammes de sublimé corrosif en disant : « Le gamin en a pour 40 jours. » Du prussiate de fer qu'on lui a fait criminellement absorber, s'est *heureusement dédoublé en acide prussique qui s'est évaporé et en fer qui a servi d'antidote*. Par des manœuvres obscures, et au moyen d'instruments mystérieux dont R... a tracé des dessins, on lui fait subir toutes sortes de mutilations. On lui a ainsi retiré 3 vertèbres lombaires ; ces os se sont éliminés à travers les muscles du rectum « bromurés à cet effet. » Ce *bromurage* consiste à ramollir les tissus avec des substances chimiques ou des poisons spéciaux. Ses persécuteurs n'ont plus qu'un seul espoir, c'est de détruire la dernière vertèbre de sa colonne vertébrale qui maintient encore la moelle épinière en place ; s'ils parviennent à le faire, la mort s'en suivra infailliblement. En le *chloroformant*, on lui a coupé un anneau de chair au pourtour de l'anus, après avoir écarté les os avec des outils électrisés. On l'a de même *cyanhydrisé* dans tous les membres. Son corps est une véritable pharmacie, si bien qu'il est maintenant habitué au poison et qu'il se déclare « *mithridaté.* » Et pour mettre le comble à ses tourments, on s'attaque à ses organes génitaux, il ressent des « picotements froids » dans la verge, on le fait entrer en érection, on le fait éjaculer « avec peine ».

Ces manœuvres ont des résultats désastreux sur son individu. Il les étudie par le menu et les analyse. « Les *ossuaires* (omoplates) sont en saillie, écrit-il, et leur position ridicule fait que j'ai la tête enfoncée dans les épaules par l'action de l'occiput rentré dans le corps, grâce à l'*électricité attractive* qui a fait descendre la colonne vertébrale. » Son thorax est aplati par « les sévices de ces misérables », et son cœur, quotidiennement serré, ne bat plus avec la même force, car « sa soupape s'est ouverte en s'arrondissant. » On lui a haussé le front, raccourci les jambes, et on a décollé ses membres supérieurs si bien que lorsqu'il jette aux oiseaux de la mie de pain « ses bras semblent partir dans ce mouvement. » Tout cela s'est fait méthodiquement, suivant un manuel opératoire qu'il expose soigneusement.

Mais là ne s'arrête pas son système d'interprétations délirantes. Car, si avant les ictus ses accusations vagues s'égaraient sur une foule de persécuteurs, maintenant il spécifie, il individualise et le *on* indéfini fait place à des personnalités effectives. Les auteurs de ces méfaits, ceux dont il entend la voix sont définitivement et nettement désignés : ce sont une fille publique, Henriette B..., et son acolyte Chaudoir assistés de quelques complices inconnus. Ils habitent au-dessus de la salle où séjourne le malade, et peuvent passer dans le réseau de souterrains qui sillonne en tout sens le sous-sol de Sainte-Anne. Grâce au pouvoir occulte de la fille Henriette, l'administration y tolère leur présence. La persécutrice a ménagé des espaces vides dans le plafond, dans les murs, dans le plancher, par où arrivent au patient insultes et sévices. « 12 femmes qui se livraient à des orgies sans nom avec Henriette, crient des balivernes à R... pour le rendre fou. » Des *flutiaux*, « engins tubulaires cachés dans l'épaisseur des murs, conduisent à la fois le poison et l'électricité ; » récemment il s'est plaint de « *baudruchonnage* », mécanisme analogue de persécution, grâce auquel les produits toxiques arrivent par des tubes en baudruche. Henriette et Chaudoir ont, nous l'avons vu, une foule d'instruments à leur service que R...décrit et dessine et à l'aide desquels ils pratiquent sur lui les opérations déjà décrites. Ce n'est pas tout. En le torturant, ils l'invectivent. Henriette voyant que son médius entrait à peine dans l'anus du malade, lui enlève, comme nous l'avons dit, un anneau musculeux périanal, puis montrant « cet anneau à ses *chères amies,* elle dit : Eh bien ! s'il ne s'est jamais fait encul... il le sera tôt ou tard. » Lorsqu'elle le fait *éjaculer*, elle raconte : « du matin au soir à tout le monde, qu'il se masturbe au moins cinq fois par jour ! » Chaudoir assiste à toutes ces manœuvres et les aide « en fumant sa pipe » (*sic.*) Le malade ne s'en tient pas à son état actuel ; il remonte vers le passé, et il essaye d'interprêter au profit de ses idées quelques-uns des phénomènes avant-coureurs de la paralysie générale. C'est « en perçant à plusieurs reprises les jointures des doigts qu'elle (Henriette) a pu détruire leur souplesse, lui enlever toute force et toute adresse et l'empêcher de faire aucun travail, écriture, dessin ou modelage. »

Par cet ensemble de procédés, Chaudoir et sa maîtresse espèrent détruire la santé de R... et se débarrasser de lui. Leur but est de prendre sa place comme légataires de son grand-père ; ils voleront les papiers déposés chez son notaire, et falsifieront sont état civil, en substituant à celui-ci de fausses pièces portant leur nom. Ils ont même cherché à le faire passer pour mort et ont demandé mille francs à son ami C..., pour les frais de l'enterrement. Ils ont enfin réussi à le faire interner.

R... souffre profondément de cette situation qu'il appelle « un intolérable enfer » et de ces tortures contre lesquelles il réagit de diverses manières. Tantôt, exaspéré par des hallucinations incessantes, il montre son poing à son invisible ennemi, il l'injurie et le menace à son tour ; mais ces accès de colère sont rares, et le malade s'en excuse parfois. Plus souvent il prend contre les manœuvres des persécuteurs des précautions minutieuses et compliquées. Soupçonnant un jour le surveillant d'être de connivence avec eux, il l'institue son légataire universel pour se le rendre favorable, et libelle à cette occasion un court testament, très correct dans sa forme. Quand on l'interroge, il répond parfois sur un ton très bas pour ne pas livrer ses secrets à Chaudoir. Pendant ses repas, pour éviter le poison qui tombe du plafond, il ne se met plus à table, mais pose son assiette à l'une des extrémités de l'appui de la fenêtre et ramenant à lui le vitrage correspondant, il obstrue encore l'interstice laissé entre le bord inférieur du vitrage et le chambranle à l'aide de son mouchoir : ainsi isolé, il se décide à manger, demeurant jusqu'à la fin courbé sur son assiette, espérant intercepter ainsi les substances nuisibles qui pourraient encore y tomber. Depuis quelques jours enfin, il s'intalle pendant la nuit entre deux matelas pour éviter le baudruchonnage.

Tous les faits qui servent de base à ce délire sont longuement énumérés et commentés dans les écrits que le malade ne cesse de rédiger. On y trouve la description complète des souffrances endurées et des appareils employés ; les détails abondent, les preuves sont habilement présentées ; l'enchaînement logique des faits et des déductions qu'ils amènent ne se dément pas. L'écriture est régulière et bien formée, quoique légèrement tremblée ; çà et là seulement on remarque quelques omissions de lettres ou de mots. C'est dans un de ces factums que R..., remontant à la cause occasionnelle de son internement (première tentative de suicide), essaye de l'excuser en disant : « J'étais fou, c'était un moment d'égarement ». Quant à la

deuxième tentative, il l'explique en écrivant que c'était un jeu, que le lacet n'eut pas résisté à un effort d'enfant, que le gardien a inventé toute cette histoire pour se faire bien noter.

L'expression orale est la même que l'expression écrite, mais moins ferme, moins cohérente. R... reproduit fidèlement la trame de ses écrits ; mais en multipliant les questions, en les dirigeant d'une certaine manière, on arrive à lui faire émettre quelques contradictions et à noter des oublis. Un fait intéressant se présente à ce propos : c'est que, à l'interrogatoire, les premières réponses, spontanées, sont le plus souvent évasives, banales, enfantines même. Ce n'est qu'après un intervalle de plusieurs minutes parfois, et après plusieurs incitations successives que le réveil des images et leur association s'opère. Le délire apparaît alors dans sa pleine systématisation. On lui demande un jour pourquoi il a tenté de se tuer à la Salpêtrière. Première réponse distraite : « J'étais triste, parce que j'étais orphelin ! » On lui fait sentir la faiblesse d'un tel argument chez un homme de son âge. Deuxième réponse, après réflexion : « C'est juste, je voyais ma santé s'altérer, et j'ai eu un moment de folie. » On voit encore dans ces cas l'excitation des centres divers se propager de proche en proche jusqu'à ceux de la sensibilité générale, et il n'est pas rare de voir les interrogatoires arriver à provoquer les sensations bizarres dont le malade se plaint aussitôt, en les imputant à Chaudoir. Si maintenant l'on compare l'une à l'autre les expressions écrites et orales de son délire, on remarque que, lorsqu'il écrit, l'activité cérébrale conserve plus aisément sa coordination. On dirait même qu'il s'en aperçoit, car il signale dans ses lettres et cherche à réparer les imperfections de ses conversations : « Je me suis mal exprimé ce matin, dit-il une fois, cette lettre vous convaincra mieux. » Et ailleurs : « C'est ma philosophie qui me donne l'air souriant que vous avez vu. »

Voilà donc ce délire de persécution systématisé, tel qu'il s'est édifié en quelques mois. Depuis quelque temps (fin décembre 1893) des *idées ambitieuses* sont venues s'y juxtaposer ; R... travaille à l'invention d'une périssoire dont la construction doit lui rapporter gloire et profit. Il en dresse les plans, il en explique minutieusement la forme, il détaille les procédés d'exécution, et, lorsqu'il est lancé dans le dédale un peu touffu de ses démonstrations, il semble un instant oublier ses persécuteurs. Quelques mots suffisent pour l'y ramener.

Il nous reste à examiner ce que sont devenus actuellement en face du délire systématisé, les signes essentiels de la paralysie générale. R... conserve une assez notable puissance de raisonnement, d'imagination et de mémoire, mais la mise en action de ces facultés est lente et l'on peut constater des défaillances. Malgré ces restrictions, on peut dire que la paralysie générale est toujours en rémission. La tenue du patient est particulièrement correcte ; il est spontanément poli, entretient soigneusement ses vêtements, conserve avec beaucoup d'ordre tout le petit outillage qu'il s'est composé. Dans la journée il s'occupe, lit le journal, écrit, observe ce qui l'entoure et fait sur les autres malades des remarques assez fines. Sa physionomie est parfois très expressive et mobile. Ses derniers dessins sont élégants et fermes. Ses expressions sont bien choisies, quoique un peu solennelles, rappelant l'homme de théâtre qu'il a été, ou s'accordant avec le personnage que son délire lui fait jouer. Il se tient à l'écart des autres malades, et, bien que non agressif à leur égard, il se débarrasse parfois brutalement de ceux qui le dérangent et viennent troubler ses méditations ou surtout les rédactions de ses lettres. Il a d'ailleurs une tendance à ne voir en eux que « des idiots ou des malfaiteurs. »

R .. a des accrocs fréquents dans la parole. L élocution est sourde, gutturale, et il remue peu les lèvres en parlant. La langue est trémulante : certaines régions de la face présentent par moments des soubresauts fibrillaires. Les mains tremblent légèrement. Les réflexes patellaires sont diminués. Les pupilles sont ponctiformes, la droite est un peu plus étroite que la gauche. Elles réagissent encore à la lumière, mais lentement, faiblement et incomplètement, et ne se dilatent que jusqu'à un diamètre d'un millimètre et demi environ dans l'obscurité. L'acuité visuelle est conservée, des caractères très fins sont lus aisément à une distance de 50 centimètres ; les couleurs de l'échelle graduée de Galezowski sont bien reconnues, avec appréciation exacte des nuances. Il n'y a pas de diminution, ni d'augmentation de la sensibilité générale (tactile, thermique, etc.), bien que les perceptions soient un peu lentes. Les urines, récemment examinées, sont émises en quantité normale, claires, transparentes, de réaction acide et ne contiennent ni sucre, ni albumine (1).

Le délire de persécution dont vous venez de voir le développement a nécessité, pour s'édifier, des efforts habiles d'imagination, de judicieuses recherches qui jaugent assez bien l'activité intellectuelle du malade.

Cependant l'encéphalite n'a pas disparu ; et, en dehors des signes physiques toujours manifestes, elle se montre par échappées dans les lapsus et les omissions des écrits, dans la mobilité et la puérilité de certaines conceptions, dans les lenteurs de l'éveil des images. Il arrive ainsi que le délire est parfois comme assoupi et qu'il faut, pour susciter et nouer des associations, exciter le malade et attendre que la réflexion ait fait son œuvre.

Mais n'est-il pas intéressant de noter que l'encéphalite gagnant du terrain, le délire diminue et tend à s'effacer, tandis qu'au contraire avec un minimum d'affaiblissement psychique nous avons un maximum de systématisation délirante ? Et si nous observons d'autre part que chez notre malade, hérédité, déséquilibration psychique de toute la vie, stigmates physiques s'accordent pour en faire au moins un prédisposé que les idées délirantes ont apparu seulement 3 ou 4 mois après les premières manifestations psychopathiques de la paralysie générale, ne serons-nous pas autorisé à penser que la lésion n'a fait qu'imprimer l'impulsion à un mécanisme préformé ? En d'autres termes la vigueur du délire a été conditionnée par l'état de la lésion, mais son existence l'a été par une prédisposition antérieure. Telle est la proposition qui nous parait résumer cliniquement les modalités et la raison d'être des délires systématisés dans la paralysie générale.

(1) Actuellement (juillet 96) les facultés ont sensiblement baissé et parallèlement le délire perd chaque jour de son activité et de sa cohésion.

La Sélection dans le mariage. — M. Henri de Varigny va soulever contre lui une insurrection de tous les boiteux, bossus bancals, bigles et autres. Il vient d'écrire dans le *Journal des économistes* une longue étude où il déclare que la sélection dans l'union des sexes est un devoir social. « Les races, dit-il, sont en voie de dégénérescence, et, pour l'homme comme pour les animaux et les plantes, il conviendrait de restaurer le type en opérant la sélection, c'est-à-dire en favorisant la procréation par les individus vigoureux et en mettant toutes les entraves possibles à la procréation par les individus physiologiquement inférieurs. » Tout cela est très vrai ; mais le remède. M. de Varigny, le remède, s. v. p. !! Il faut aboutir.

La Syphilis motif de divorce. — Pendant que le Parlement allemand reconnaissait l'aliénation mentale prolongée pendant trois ans, comme donnant droit au divorce, la Cour d'appel de Paris accordait la même valeur, ces jours derniers, à la syphilis communiquée, sciemment, à l'un des conjoints par l'autre, qui avait contracté mariage sans être guéri.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Variole à Marseille.

Le scandale continue, comme la séance fameuse de la Chambre..., à Marseille! Autrement dit, la variole est non seulement aux portes de la ville, mais est installée au cœur même de la bouillante cité provençale; et tout porte à croire qu'elle n'en sera pas expulsée de sitôt (1).

De 1872 à 1896, la capitale de la France du Midi, — qui, à ce point de vue et dans ces conditions n'est plus la Ville-Lumière du pays du soleil! — a perdu de variole près de 9.000 personnes, alors que, depuis 1874, cette maladie a presque disparu d'Allemagne, et qu'à Paris elle ne cause plus que quelques décès, la population étant cependant au moins trois fois plus considérable.

Ce qu'il y a d'extraordinaire, c'est que cette situation n'ait pas frappé le médecin distingué, qui est à la tête de la Municipalité! Serait-il préoccupé à ce point de ses électeurs actuels (bien vivants ceux-là), qu'il en oublierait les anciens, morts de la variole! Pourtant ceux qui ont succombé, sous les coups de ces épidémies dignes des temps antiques, devaient être des fidèles et des purs, puisqu'ils devaient être misérables. N'aurait-on plus, sur la Cannebière, la reconnaissance de l'urne!

Quoi qu'il en soit, la maladie continue à ravager la population et on a beau signaler tout cela au Ministère compétent, aux bureaux intéressés, aux malades eux-mêmes (par l'intermédiaire de la grande presse), rien n'y fait. L'Académie, par la bouche savante et convaincue de M. Hervieux, clame dans le désert, de même que tous les journaux de médecine. Allez donc soutenir après cela que la Presse a une influence? Cent publications médicales sont incapables de convaincre un seul médecin, très compétent pourtant, mais qui probablement ne désire pas être convaincu.

Si cela continue, on va être obligé de mettre Marseille en quarantaine, non plus à cause du choléra, mais parce qu'il est parfaitement admissible qu'on n'ait pas un vif désir de se laisser contaminer par un port infesté de varioleux!

A quoi tient cet état de choses? Evidemment à des mesures d'hygiène insuffisantes, dans une ville où elles doivent être rigoureusement prises, par suite de l'arrivée, toujours croissante, d'émigrants italiens ou autres, et de pauvres voyageurs ou vagabonds, qui n'ont jamais été vaccinés.

Que faire, en cette occurrence, et en un pays comme le nôtre, où la vaccination n'est pas obligatoire (2), malgré tout ce qu'on a tenté pour obtenir une loi de ce genre?

Eh bien, au lieu d'agir franchement, ce qui est impossible, il faut, suivant des habitudes chères à notre pays et aux Normands en particulier, tourner autour du pot, et employer les moyens détournés : Par exemple, obliger tous les enfants qui vont à l'école à être vaccinés et revaccinés, tous les ouvriers du port et de la ville à subir ces mêmes opérations, etc., etc.; organiser un service de désinfection à Marseille, comme dans la plupart des grandes villes américaines; isoler les varioleux d'une façon plus sérieuse, etc., etc.

L'exemple a été donné il y a longtemps par diverses cités; la preuve est faite. Par suite, M. le maire de Marseille n'a rien à innover; il ne doit donc pas craindre qu'on le traite d'utopiste (ce qu'il ne semble pas redouter d'ailleurs beaucoup), s'il tente quelque chose. Son devoir lui commande d'attaquer l'ennemi sans perdre une minute. Espérons qu'enfin il se souviendra qu'il est médecin. Sans cela, nous n'aurions plus qu'à tirer l'échelle. M. B.

(1) Nous avons déjà, dans un récent article, attiré l'attention sur cette grave question (Voir *Progrès médical*, 1896, n° 30, 25 juillet, p. 54).

(2) Elle l'est en Allemagne depuis 1874 et on connaît les résultats obtenus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

TROISIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE.

SESSION DE NANCY (6-10 août 1896) (*suite*) (1).

Séance du Jeudi 6 Août 1896 (suite).

Essais de sérothérapie (sérum de Roux) dans la fièvre quarte.

M. ALCIDE TREILLE (d'Alger). — La sérothérapie de la *fièvre intermittente parfaite à sulfate de quinine, à rechutes, à transformation et à dégradation successives de types*, peut être comprise de différentes manières. On peut employer : 1° Des sérums artificiels, agissant par simple modification du terrain; 2° Des sérums sanguins (antidiphtéritiques, antistreptococciques) agissant par antagonisme microbien comme le prouvent les guérisons de fièvre quarte à la suite de phlegmon, d'angine à streptocoques; 3° Le sérum provenant du sang des malades guéris de fièvre quarte (deuxième terme atténué) et même de quotidiennes ou de tierces parfaites de cette classe d'intermittentes; l'immunité paraissant, ainsi que les anciens l'avaient déjà indiqué pour la quarte, définitivement acquise après la guérison de ces fièvres (*periculi expertes*) dont la durée *naturelle* est généralement d'un an (Hypocrate, Galien). L'expérience seule dira si c'est aux sérums agissant par antagonisme microbien ou aux sérums provenant de malades guéris de ces intermittences qu'il faudra s'adresser pour remplacer la quinine, en cherchant, ce qui doit être l'objectif, à débarrasser le malade par une seule injection et à empêcher ainsi les rechutes. On devra se placer dans les conditions que j'ai prescrites pour l'administration de la quinine; agir au début même de l'accès, et, pour que l'entente se fasse entre tous les expérimentateurs, sans aucune contestation possible, prendre comme type la fièvre quarte, en laissant passer, par exemple, jusqu'au dixième accès avant de commencer l'expérimentation. Le sérum de Roux a été employé par moi, à titre purement expérimental dans deux cas de fièvre quarte. L'injection de 10 cc. faite au début ou dans la première heure au plus de l'accès, avant l'acmé, est sans action aucune sur la température qui oscille toujours dans la fièvre quarte, avant tout traitement, entre 40° et 41°. *Le sérum n'influence d'aucune manière, pas plus que la quinine, la température de l'accès attaqué.* L'injection a été suivie chez un malade de diarrhée, chez l'autre de sudation abondante vingt-quatre heures après. Chez les deux l'effet immédiat, au premier accès suivant, a été la *suppression du frisson* si pénible de la fièvre quarte, la partie la plus douloureuse, la plus gênante de l'accès : *in quartana frigus ingens, dolorificum, cum lassitudine at dedolationis seu contusionis sensu ad ossa usque pertinente* (que la fièvre quartaine puisse serrer bien fort le bourreau de tailleur (Molière). *Chez l'un* une seule injection a été suivie, après cinq accès en partie atténués, d'une apyrexie de cinq jours, puis après deux autres petits accès très faibles d'une *jugulation spontanée de la fièvre* et d'une *guérison définitive*. Chez le second, une deuxième injection n'a rien ajouté au résultat obtenu antérieurement (suppression du frisson). Il a fallu, pour juguler la fièvre persistant malgré les injections, recourir au chlorhydro-sulfate de quinine et pousser une première fois à 0 gr. 25, et à deux rechutes suivantes à 0 gr. 20 pour amener l'apyrexie. Chez le premier

(1) Voir *Progrès médical*, n° 32.

malade, l'injection unique a été faite au début du onzième accès quarte, constaté thermométriquement suivant mes procédés ordinaires d'observation. (Voir: *Du chlorhydro-sulfate de quinine dans la fièvre intermittente parfaite*, communication au Congrès de Médecine de Bordeaux, 1895). Chez le second malade, la première injection a été faite au début du treizième accès quarte constaté, la seconde au début du vingtième accès. La fièvre n'a été attaquée par la quinine pour la première fois qu'au début du vingt-septième.

Expériences et remarques sur le mode d'action des sérums et des vaccins.

M. le Dr Onimus. — Pour concevoir les procédés par lesquels agissent certains sérums, les vaccins et même les toxines, il est utile d'analyser des phénomènes analogues, faciles à observer, tels que les fermentations alcooliques. Dans ces cas, nous avons, en effet, un agent spécial transformant certains milieux et dont *le contact imprime immédiatement à une masse entière des modifications rapides et doubles*. C'est cette première période de fermentation qui, au point de vue qui vous occupe, est la partie intéressante; en prenant pour exemple une solution de sucre de canne, nous voyons que dans ce contact, la matière subit une transformation moléculaire, amenant consécutivement une série d'opérations physiques et chimiques.

En effet, entre le sucre de canne tel qu'il est avant l'influence de la levure et le sucre interverti tel qu'il est immédiatement après cette influence, ni la constitution chimique, ni les apparences physiques, ni même l'examen microscopique ne nous indiquent de différence, et cependant l'orientation moléculaire n'est déjà plus la même, car la lumière se polarise différemment et cette seule différence suffit pour que les activités fonctionnelles soient différentes. Aussi longtemps que la solution sucrée reste à l'état de sucre de canne, elle est incapable de se modifier par elle-même, mais dès qu'elle a subi l'influence de la levure, elle devient active et pour ainsi dire vivante.

Or, quel est l'agent de cette transformation initiale, de cette sorte de fécondation? C'est évidemment la cellule de la levure de bière, ou mieux ce n'est pas cette cellule même, mais le liquide qu'elle secrète, c'est cette substance amorphe et soluble qui est le facteur primordial, l'agent fécondateur pour ainsi dire de cette sorte de protoplasma.

La preuve en est dans l'expérience suivante que nous avons faite : Une solution de sucre de canne est séparée d'une infusion de levure par du grossier parchemin ou papier à dialyse, et instantanément le sucre de canne est transformée en glucose, car il réduit le réactif cyano-potassique. Il n'y a pas eu le moindre contact direct avec une cellule, et si au lieu d'une membrane permettant le passage du ferment liquide, on avait employé une membrane non dialysable, la solution de sucre de canne serait resté sans modification. Le seul passage d'une substance liquide a donc rendu toute la masse susceptible d'une série d'actes physiologiques. Maintenant, il va s'y développer des granulations, les microzymas de Bachamp et bientôt de nouvelles cellules. Selon la composition du liquide et les conditions ambiantes, les phénomènes ultérieurs varient, mais la seule chose que nous ayons à retenir pour l'instant, c'est que toutes ces transformations physiques, chimiques et vitales, ont eu pour point de départ, l'influence d'une matière liquide. Ce seul contact a suffi pour changer complètement l'état dynamique de la masse entière, et *cette si minime et si courte influence modifie essentiellement la constitution physique et chimique des milieux et cela, non seulement pour un instant, mais pour toujours et pour produire essentiellement une série indéfinie de phénomènes vitaux.*

L'on pourrait s'étendre longuement sur l'analogie de ces phénomènes, avec ceux qui se passent dans l'organisme animal, surtout si l'on considère que selon les modifications du ferment ou du milieu, les produits sont différents. Aussi tous ces phénomènes qui dépendent de simples *orientations moléculaires*, expliquent mieux que tout autre théorie, non seulement les faits de vaccination et d'immunité, mais encore ceux d'hérédité et d'atavisme. Pour l'instant, nous ne voulons insister que sur ce point, c'est que dans les phénomènes qui paraissent sous la dépendance exclusive des cellules, les substances liquides ont un rôle primordial. Nous avons choisi l'exemple de la fermentation alcoolique, non seulement parce qu'il est facile à observer, mais parce que tous les actes semblent, en apparence, être dus aux globules de levure et qu'on peut aisément démontrer que c'est, au contraire, la matière liquide qui donne le premier ébranlement, et qui vient imprimer aux molécules leur mouvement en les dirigeant dans tel ou tel sens. Les orientations moléculaires sont donc le phénomène important, et tous les actes vitaux qui sont modifiés par une substance, telle qu'un vaccin ou un virus, le sont en premier lieu, par une influence de ce genre. On peut donc dire que le procédé par lequel une matière organique, depuis le simple sérum jusqu'aux toxines, agit sur l'organisme animal, est avant une modification uniquement moléculaire. Ces substances impriment une orientation nouvelle, quelque chose d'analogue à ce que produit la matière dialysable de la levure, c'est-à-dire comme le démontre la lumière polarisée, une disposition différente des molécules.

Partout, en physiologie comme en pathologie, nous voyons la partie active être les liquides secrétés, et cette notion si exacte a été obscurcie par les théories cellulaires. On n'a considéré que la forme, et c'est cette préoccupation qui, dès l'origine, a fait chercher partout et toujours, la bactérie. C'est pour ainsi dire, forcé par les faits, qu'on a donné un rôle actif aux toxines amorphes. La forme n'a d'intérêt que parce qu'elle est la manifestation d'une composition chimique; *c'est la modification moléculaire des humeurs qui est le point d'origine des changements pathologiques* et les microbes ne sont, pour ainsi dire, que la forme consécutive de ces modifications.

Ces principes complètent la doctrine des maladies infectieuses et nous dirons même qu'ils s'imposent. En effet, dans la théorie généralement admise qui veut que la cause des maladies soit exclusivement un micro-organisme déterminé, il y a bien des faits obscurs et contradictoires. On a encombré la médecine de microbes de toutes espèces, au point qu'on a souvent indiqué comme microbes pathogènes les premières granulations venues. On est arrivé à enseigner que le même microbe produisait des maladies différentes, ou que la même maladie était produite par des microbes différents!

Souvent on ne trouve aucun micro-organisme et on a dû les supposer, ou bien s'ils existent, ils n'agissent qu'accompagnés de liquides qu'on admet être secrétés par les microbes, sans aucune preuve de la réalité de cette sécrétion et alors qu'il serait plus simple de reconnaître que ces liquides peuvent agir par eux-mêmes. On a même admis que diverses espèces de microbes et des plus dangereux, restent dans l'organisme et y vivent pendant longtemps, sans déterminer aucun mal, et cependant la cause de la maladie est là, visible, tangible ! Il est certain que dans la plupart des cas, la bactérie accompagne et caractérise les substances organiques, comme le cristal caractérise des substances inorganiques, mais il nous faut admettre sous peine d'obscurité et de contradictions, que les parties liquides aussi bien que les particules ayant forme peuvent agir par elles-mêmes. La facilité de mouvement et d'orientation de leurs molécules doit même donner une action plus rapide et plus efficace aux parties liquides. Par contre, les parties solides sont moins altérables, gardent plus facilement l'empreinte et les propriétés de la substance dont elles proviennent. Nous bornerons là ces observations, car nous n'avons voulu apporter dans cette question que quelques réflexions et surtout des expériences que nous croyons concluantes.

A propos des indications et des accidents de la sérothérapie antidiphtérique.

M. le Dr Ausset (de Lille). — M. Ausset, s'appuyant sur les observations recueillies dans son service et dans sa pratique privée, s'élève contre l'invasion de la bactériologie qui cherche à détrôner la clinique, alors que celle-ci doit toujours être la suprême maîtresse. A son sens, l'état général doit être le seul guide pour la pratique de la sérothérapie; la présence du bacille de Lœffler n'est pas suffisante. Cette réserve lui est inspirée par les accidents parfois terribles que les auteurs ont signalés à la suite des injections de serum. L'auteur rapporte une observation personnelle des plus probantes. Il s'agit d'une enfant atteint d'une angine peu grave, dont la culture donna du Lœffler pur. Cet enfant reçut vingt centigrammes de sérum

de Roux. Il guérit et sortit de l'hôpital. Il rentra 12 jours après la date de l'injection (4 jours après la sortie) avec une éruption érythémateuse généralisée de l'hyperthermie, de l'albuminurie et une prostration extrême. La mort survint 11 jours après, avec les mêmes signes auxquels étaient venus les deux derniers jours se surajouter une broncho-pneumonie. L'auteur conclut à la mort par infection secondaire du poumon occasionnée par le trouble profond produit dans l'organisme de cet enfant par l'injection de sérum. Il convient donc de ne pas pratiquer les injections dites préventives ; il faudra s'inspirer surtout de l'état général du malade, car, si la méthode de Behring est excellente, il faut se souvenir que le sérum même normal peut causer des accidents graves, auxquels il n'est pas indifférent d'exposer les malades.

Du pouvoir immunisant contre la diphtérie du sérum du cheval normal.

M. Ferré. — D'une série de dix expériences, il résulte que le sérum des chevaux normaux, c'est-à-dire des chevaux non préparés expérimentalement pour la production d'un sérum, le antitoxique peut donner, lorsqu'on l'injecte seul ou à l'état de pureté au cobaye, des résultats très variés au point de vue de l'immunisation de ce dernier contre la diphtérie. Dans certains cas cette action immunisante est nulle, dans d'autres cas, comme l'avait constaté M. Roux, elle est de valeur moyenne, dans d'autres cas, au contraire, elle est assez considérable, et dans une de nos expériences le pouvoir antitoxique ou bien immunisant de ce sérum est de 20,000, même un peu supérieur à 20,000. Cela explique quelques résultats heureux obtenus dans le traitement de la diphtérie par le sérum du cheval normal.

Séance du Vendredi 7 Août (matin).

Pathogénie des coagulations sanguines intravasculaires.

M. Mayet. — L'étendue de ces coagulations peut se diviser en deux parties : dans la première, l'auteur réunira les documents propres à déterminer les conditions de la coagulation pathologique du sang; dans la seconde, il interprétera ce phénomène, d'après ces données et les observations cliniques et nécropsiques.

I. Conditions expérimentales de la coagulation ou du maintien a l'état fluide du sang dans l'organisme ou en dehors de l'organisme.

A. *Action anticoagulante de la paroi vasculaire.* — Les expériences de Glénard, de Hayem, de Vaquez, de l'auteur lui-même, démontre que la paroi vasculaire ne permet la coagulation du sang que lorsque son endothélium est lésé. Ce pouvoir anticoagulant exige une température de plus de 22° à 24°. Le ralentissement de la circulation est un auxiliaire puissant de la coagulation aux points où l'endothélium est lésé.

B. *Rôle des aliments figurés dans la coagulation.* — Les hématoblastes de Hayem et les globules blancs (Schmidt, Tarchanoff) jouent un rôle important dans la coagulation, malgré l'expérience contradictoire de Renaut, qui, fixant par l'acide osmique les éléments figurés du sang, obtient néanmoins la coagulation.

C. *Des facteurs de la fibrine.* — Le fibronogène, principe albuminoïde, probablement par son dédoublement, fournit la fibrine. Il provient de la désintégration des vieux leucocytes qui, eux aussi, doivent fournir le ferment de la fibrine qui cause la coagulation. Les sels de chaux ont encore une action dans ce phénomène (Hammarsten, Arthus). Le fibronogène se dédouble probablement et un de ses produits de dédoublement s'unit à la chaux pour constituer la fibrine.

D. *Expériences sur l'action coagulante du suc cancéreux,* — Les expériences de M. Mayet semblent démontrer l'action excitante des produits solubles du cancer sur la coagulation.

E. *Expériences sur l'action des microbes et des produits microbiens sur la coagulation du sang* in vitro. — Vaquez avait déjà étudié l'action coagulante des toxines; dans une série d'expériences, M. Mayet a établi que les produits microbiens facilitent la coagulation du sang, mais que l'action coagulante de ces principes ne peut s'exercer dans les vaisseaux que quand la paroi de ces vaisseaux est altérée.

F. *Introduction des microbes, soit dans le sang circulant, soit dans le sang ralenti dans son cours chez l'animal vivant.* — Les microbes dans le sang ne déterminent des coagulations dans les veines qu'au niveau où leur paroi interne a été lésée et quand la circulation dans le vaisseau a été ralentie par un rétrécissement. Sauf d'assez rares exceptions, ceci ressort des expériences de Vaquez.

II. Pathogénie des coagulations intra-vasculaires d'après les données expérimentales cliniques et nécropsiques.

1° Dans la grande majorité des cas, c'est l'altération de la paroi des vaissaux par les microorganismes pathogènes qui est la cause immédiate et efficiente des coagulations intra-vasculaires ; 2° La seule altération de la paroi vasculaire, sans intervention microbienne, peut jouer seule le rôle de cause provocatrice immédiate ; 3° Dans quelques cas rares la seule présence de microbes dans le sang peut déterminer des coagulations sans altération de la paroi ; 4° La seule altération chimique du sang peut aussi exceptionnellement jouer le rôle principal dans la formation du caillot ; 5° Dans la plupart des cas, l'altération chimique met le sang en imminence de coagulation que la moindre cause adjuvante peut réaliser; 6° Dans tous les cas, les stases locales bien que ne pouvant agir seules, jouent un rôle accessoire important. On peut catégorifier comme il suit les thromboses vasculaires : 1° coagulation causée par des altérations vasculaires de cause antérieure (plaies, ligature, compression mécanique ou par tumeur etc.), 2° coagulation résultant d'une altération interne local du vaisseau sans altération notable du sang (varices, anévrysmes, athérome, etc.); 3° coagulations liées à l'hypoglobulie et aux altérations du sang (chlorose par exemple), agissant avec altération des parois; 4° coagulations dûes à l'altération du sang, aidée seulement de légers troubles circulatoires (dans le scorbut par exemple); 5° coagulations infectieuses où les microbes et leurs produits jouent le principal rôle (phlegmatia).

III. Etudes des diverses classes de thrombose en particulier au point de vue pathogénique.

A. *Coagulations causées exclusivement et primitivement par des altérations vasculaires de cause extérieure.* Les observations de Zahn et de Pitres démontrent indiscutablement que lorsque la paroi des vaisseaux est altérée, les globules rouges sont entraînés par la circulation, tandis que les leucocythes s'attachent à la paroi devenue anormale et y forment un noyau de coagulation. Les hématoblastes de Hayem peuvent jouer un rôle secondaire, mais le rôle principal reste aux leucocytes. Ce processus existe dans la ligature complète du vaisseau et le noyau de thrombose formé, la coagulation gagne de proche en proche, englobant alors des globules rouges et formant un caillot rouge.

B. *Coagulation par lésions internes des vaisseaux sans altération du sang.* Le processus de la coagulation dans ce cas est analogue à celui des cas précédents, il faut y ajouter un certain ralentissement du cours du sang. On observe ces coagulations dans les varices, les anévrysmes, l'athérome, l'artériosclérose des petites artères, l'artérite subaiguë, la phlébite primitive.

C. *Thromboses dans lesquelles la lésion primitive du sang joue le principal rôle comme préparant la coagulation, où la cause occasionnelle immédiate fréquente est un trouble de nutrition de la paroi vasculaire, parfois peut-être une cause d'altération surajoutée du sang.* — Les thromboses chlorotiques rentrent dans cette classe. Le sang est, dans la majorité des cas des chlorures, plus riche en producteurs de la fibrine qu'à l'état normal. Les produits dûs à la fatigue musculaire rapide (Proby), la présence de nombreux hématoblastes (Hayem) augmentent les causes de l'imminence de la coagulation. La moindre altération de la paroi, même une simple stéatose de l'endothelium, selon les nus, suffirait à amener la coagulation. Cependant, d'après Rendu, la coagulation pourrait exister sans lésion intravasculaire dansla chlorose.

D. *Thromboses dues exclusivement à une lésion primitive du sang.* — Les thromboses du scorbut doivent entrer dans

cette classe ; les caillots même, formés dans les vaisseaux et découverts à l'autopsie avaient d'abord du reste été considérés comme cadavériques.

E. *Pathogénie des thromboses marastiques proprement dites.* — L'étude de ces thromboses reste à faire au point de vue de la pathogénie ; car les causes indiquées sont hypothétiques. Il faut, bien entendu, ne pas ranger dans ce groupe les très nombreuses thromboses d'origine infectieuse qui survient [illegible] chez les cachectiques.

F. *Thromboses infectieuses.* — L'infection est dans la grande majorité des cas la cause de la phlegmatia alba dolens comme Doléris, Widal et Vaquez l'ont définitivement établi. Deux modes d'action infectieuse peuvent se réaliser : 1° les microbes n'agissent qu'après une altération de la paroi ; c'est le mode le plus indiscutable ; 2° le microbe peut lui-même déterminer la coagulation sans lésion de la paroi ou, si cette lésion est constatée, elle est consécutive à la coagulation. La phlegmatia puerpérale est causée par le streptocoque (Doléris). Elle peut se produire d'emblée loin de l'utérus, (sinus cérébral, cas de Duckworth). Les suppurations pleurales dues à un microbe pyogène causent assez fréquemment des thromboses.

Le pneumocoque est encore l'agent fréquent de ces coagulations.

Le gonocoque ou un microbe surajouté déterminent des thromboses dans le rhumatisme blenorrhagique.

Les thromboses de la tuberculose pulmonaire sont le plus souvent dues à des microbes secondaires, néanmoins le bacille de Koch peut s'implanter dans les parois vasculaires et devenir un agent actif de thrombose.

A la suite de la fièvre typhoïde, les coagulations ne sont pas rares surtout durant la convalescence, le bacille typhique d'Eberth ne rentre pour rien dans leur pathogénie, elles sont dues au streptocoque.

Dans le cancer, la thrombose est le plus souvent due à une infection surajoutée, mais il est probable que le cancer à lui seul détermine parfois la thrombose, et cette hypothèse est à vérifier, M. Mayet ayant reconnu au suc cancéreux une certaine influence coagulante.

Des coagulations sanguines intravasculaires.

M. H. Vaquez. — L'auteur se bornera à réunir dans trois chapitres différents ce qui a trait à l'étude : 1° des causes de la coagulation du sang dans les vaisseaux ; 2° de l'évolution anatomique des coagulations sanguines intravasculaires ; 3° des manifestations cliniques générales de la thrombose [illegible].

I. — Des causes de la coagulation dans les vaisseaux.

Ces causes peuvent être elles-mêmes de trois ordres, à savoir : 1° mécaniques, 2° par altération du sang ; 3° par lésions de la paroi vasculaire.

1° *Rôle des conditions mécaniques.* — Lorsque le sang se coagule en sortant des vaisseaux, on peut invoquer deux raisons pour expliquer sa coagulation : 1° le passage du mouvement au repos ; 2° le contact avec un corps étranger (paroi des vases etc.). Aujourd'hui il est établi que l'arrêt *seul* de la circulation ne détermine pas la coagulation. Tackrah, Scudamore, [illegible], Glénard, Zahn, Baumgarten ont fait de nombreuses expériences à ce sujet, et Vaquez a pu établir expérimentalement que, même en opérant dans un milieu septique, le simple ralentissement du courant sanguin, sans altération préalable de la paroi, n'est pas un motif suffisant pour que le sang se coagule dans le vaisseau. Cependant le ralentissement de la circulation est une cause adjuvante ; il favorise la précipitation du sang en caillots, et l'accroissement progressif du thrombus ainsi formé si le vaisseau est préalablement altéré d'une façon banale ou sous l'influence d'une cause infectieuse.

2° *Rôle des altérations du sang.* — Vogel avait classé en deux genres les altérations du sang : l'hyperinose et l'inopexie. Mais ces deux mots ne servaient qu'à masquer notre ignorance (Troisier). Les altérations du sang sont encore très imparfaitement étudiées. Néanmoins, s'il paraît acquis que des agents physiques ou chimiques (chaleur, poisons, toxines) sont capables de produire des coagulations sur le vivant, par simple altération du sang, ces coagulations cependant ne dépassent pas le domaine des capillaires ; elles ne ressemblent ni par leur aspect, ni par leur composition, aux thromboses des grands vaisseaux survenues dans les maladies infectieuses. Dans ces dernières, les altérations du sang peuvent jouer un rôle accessoire. Hayem a démontré l'action coagulante de certains médicaments et il est fort possible que des toxines aient une action analogue ou que les microbes mettent en liberté des corps albuminoïdes contenus dans le sang qui augmenteraient son degré de coagulation, en produisant un effet analogue à celui des nucléo-albumines étudiées par Lilienfeld et Pekelahring. Mais ce sont là des éléments inconnus qu'il reste à élucider.

3° *Rôle de la paroi.* — On a fait mille hypothèse sur le rôle encore mystérieux de la paroi interne des vaisseaux qui, fait bien constaté, empêche la coagulation du sang. Aucune des théories proposées jusqu'ici n'est indiscutablement établi ; néanmoins l'expérience et l'observation permettent d'admettre la conclusion suivante : Toute altération de la membrane interne des vaisseaux n'est pas *ipso facto* suivie de la formation d'un thrombus fibrineux, bien que ce soit le fait le plus fréquent ; la coagulation née dans ces conditions suit la fortune de la lésion vasculaire et il n'y a de coagulation persistante que quand il y a une altération persistante de la paroi. A défaut de la disparition de l'endothélium, certaines lésions spécifiques de la paroi interne caractérisées par des phénomènes d'endovascularite déterminent de même la production d'un caillot qui d'abord pariétal peut ensuite devenir oblitérant. Le processus infectieux qui agit sur les parois des vaisseaux pour y produire des lésions localisées et durables, et sur le sang pour en modifier les propriétés est, par ce fait et au plus haut degré générateur de coagulations sanguines intravasculaires.

II. — Evolution anatomique des coagulations sanguines intravasculaires.

Le caillot après s'être formé, évolue et cette évolution comprend plusieurs périodes de transformation.

Stade de début. — Le rôle principal dans la coagulation reviendrait aux granulations du sang (plaquettes de Bezzozzoro, hématoblastes de Hayem) sur les origines desquelles les auteurs ne s'entendent pas absolument. Tout le monde, cependant admet que les granulations ont un pouvoir spécial pour coaguler la fibrine. Ce pouvoir elles l'empruntent à la substance nucléaire ou protoplasmique dont elles proviennent, laquelle dérive elle-même, très probablement, des globules blancs du sang. Leurs propriétés physiques, vercosité, adhérence plus grandes, leur permettent de s'accoler d'une façon hâtive aux parois vasculaires altérées et dans cet état leur action chimique fermentescible s'exerce en précipitant la fibrine du sang. Les modifications osmotiques que les granulations subissent spontanément ou sous l'influence de l'introduction dans le sang de substances diverses, accélèrent ou retardent la puissance coagulatrice dont elles sont douées.

Stades ultérieurs. — Le caillot formé ne se transforme pas seul, l'organisation du caillot par le caillot qu'on admettait naguère n'est même plus une hypothèse c'est une erreur. Waldeyer, Cornil Ranvier, Baumgarten ont étudié la transformation du caillot.

Première période. — La présence du caillot provoque une inflammation totale et proliférante de la paroi vasculaire. Le caillot lui-même est envahi d'éléments lymphatiques de cellules allongées, fusiformes, avec des prolongements rameux qui semblent se perdre dans la trame du caillot qui perd sa cohésion et sa fissure. Vers le dixième jour, les parois sont très développés, les vaisseaux dilatés gagnent la tunique interne, le caillot se décolore et se fissure.

Deuxième période. — Des bourgeons vasculaires gagnent le caillot dans lequel une véritable, bien que rudimentaire circulation s'établit, venant de la paroi du vaisseau vers le vingtième jour.

Troisième période. — Du vingtième au trentième jour, la vascularisation et l'envahissement par les cellules conjonctives font des progrès dans le caillot. Vers le quarantième et cinquantième jour, le caillot est transformé en un tissu néoformé qui sonde les parois opposées du vaisseau. C'est là le processus de la thrombose oblitérante. Le caillot peut évoluer d'une autre

façon, se détacher, créer des embolies qui évoluent diversement selon que leur origine est une artère ou une veine.

III. Manifestations cliniques de la thrombose vasculaire.

La thrombose capillaire est mal connue, son étude est à faire. Les coagulations des petits vaisseaux ne peuvent être soupçonnées que lorsqu'elles sont oblitérantes et lorsque le manque de circulation dans un organe détermine des troubles fonctionnels (aphasie transitoire, paralysie fugace, etc.). Les coagulations des gros vaisseaux ne peuvent être que soupçonnées lorsqu'elles ne gênent pas trop la circulation dans ce vaisseau. Lorsque ces coagulations sont oblitérantes, elles donnent lieu à une succession de phénomènes cliniques (douleur, œdème, troubles fonctionnels, gangrène). Les symptômes bien que rapides, ne se développent pas brusquement comme dans l'embolie, cependant, dans certaines phlegmaties, ils surviennent tout à coup; mais très probablement les caillots étaient préalablement formés sans avoir donnés de signes bien manifestes avant l'oblitération totale. On ne peut suivre ici l'évolution clinique des coagulations sanguines intravasculaires. Les troubles qui en découlent relèvent d'un autre chapitre de la pathologie car le systéme circulatoire qui est leur origine n y a plus qu'une faible part.

Vaccine et Lèpre.

MM. Auché et Carrière, (de Bordeaux). — La question de la contagiosité de la lèpre par la vaccine est loin d'être tranchée : les uns avec Rake la nient, les autres (Swift, Tabb) l'admettent au contraire.

Nous avons eu l'occasion d'examiner un cas de lèpre systématisée tégumentaire typique remarquable, soit dit en passant, par la longue durée de la période d'incubation (11 ans). Nous l'avons revacciné dans une région absolument saine en apparence et au niveau d'un léprome anesthésique.

Nous avons constaté de la sorte : 1° Que la vaccine ne modifie pas l'évolution de la lèpre ; 2° Que la lèpre ne modifie pas l'évolution de la vaccine. A noter cependant le lendemain du jour de la vaccination une ascension thermique à 39°,8 qui dura 24 h.; 3° Sur les préparations histologiques de la vésico-pustule développée en région malade, on trouve des quantités de bacilles de Hansen. Ils sont rares dans son contenu. Néanmoins, le transport des microbes d'un individu à l'autre serait, dans ce cas, à peu près inévitable.

On trouve également les bacilles de Hansen dans la vésico-pustule développée dans la région saine en apparence : ils se trouvent surtout dans les couches superficielles du derme, dans le plancher de la vésico-pustule ; on en trouve quelques-uns aussi à l'extrémité profonde des tractus cellulaires qui la cloisonnent.

Que les bacilles aient existé avant l'inoculation du vaccin, bien que rien ne permit de soupçonner leur existence et bien que leur nombre soit relativement insignifiant par rapport à ce qui se passe dans les régions cutanées envahies par la lèpre, peu nous importe ; ce qui nous frappe, c'est que, à ce niveau, la peau semblait saine et que, néanmoins, on a trouvé des bacilles de Hansen dans la vésico-pustule vaccinale qui s'y est développée.

Il nous semble donc, que, dans de telles circonstances, le transport des bacilles d'un individu à l'autre, sans être fatal, pourrait fort bien se faire et qu'il serait imprudent de puiser du vaccin chez un lépreux, alors même que la peau serait en apparence saine.

Immunisation et sérothérapie antistaphylococciques.

M. Capman (de Montpellier). — Les staphylocoques, ensemencés dans du bouillon de bœuf peptoné à 10 0/0 et légèrement alcalin, et maintenus à l'étuve à 37° pendant quinze à vingt jours, donnent leur maximum de produits toxiques. La virulence du microbe s'atténuant assez rapidement dans les cultures successives, il faut le régénérer de temps en temps par des passages chez l'animal le plus sensible. L'ordre décroissant de cette sensibilité est le suivant : lapin, cobaye, pigeon, chien. Malgré un nombre considérable de passages (j'en ai fait plus de cent-cinquante en série continue), on ne peut pas arriver à obtenir avec les staphylocoques une virulence comparable à celle que possèdent, souvent d'emblée, d'autres microbes, tels que le bacille du tétanos. J'ai cependant expérimenté avec plusieurs races, recueillies en des foyers très divers, et mis en usage la plupart des moyens connus d'exalter la virulence des micro-organismes. J'ai vérifié en particulier l'action de diverses substances (glucose, maltose, lactose, acide lactique, peptone, etc.), additionnées à des milieux de culture très variés et injectées de toute façon aux animaux. Pour la préparation des toxines, j'ai donné la préférence à la filtration par la bougie Chamberland. Il faut employer de ces toxines des doses relativement élevées pour tuer les animaux en vingt-quatre heures. Mais leurs effets toxiques se manifestent même à des doses très petites et inoculées sous la peau. Avec ces toxines filtrées, j'ai d'abord tenté l'immunisation chez le lapin. Mais ces animaux étant les plus sensibles à la toxine comme au microbe, il est très difficile de les vacciner assez fortement et surtout de les conserver. Aussi, après m'être simplement assuré de la possibilité de les immuniser, me suis-je adressé au chien, espèce plus résistante et d'ailleurs capable de me fournir une plus grande quantité de sérum. Je procède par injections sous la peau de quantités minimes au début, puis, progressivement croissantes, de toxines filtrées. Lorsque j'ai éprouvé, par les premières injections, la puissance de réaction de l'animal, j'augmente la dose le plus possible, afin de déterminer chaque fois le maximum de réaction. Je constate et je suis celle-ci en m'appuyant surtout sur les indications de température et de poids, et je ne fais de nouvelle injection que lorsque l'une et l'autre sont revenus à la normale et s'y sont maintenus pendant plusieurs jours. Je suis arrivé ainsi à faire supporter à mes animaux des doses énormes de toxine. L'immunisation est en rapport avec la quantité totale de toxine injectée. Il faut beaucoup de temps et beaucoup de toxine pour la réaliser à un degré suffisant, mais elle n'en est que plus stable.

Le sérum des chiens ainsi immunisés possède des propriétés antibactériennes et antitoxiques plus ou moins actives suivant le degré de la vaccination. Mais une condition essentielle, non-seulement de son efficacité mais même de son innocuité, c'est de ne pas l'extraire trop tôt : il faut attendre que la toxine ait put être complètement digérée, sinon l'on s expose à recueillir un sérum encore toxique, plus toxique même que la toxine injectée. Je saigne l'animal de quinze jours à trois semaines après le retour de la température à l'état normal. Après m'être assuré que le sérum de chien non vacciné n'a qu'une action insignifiante sur l'infection staphylococcique, j'ai expérimenté chez le lapin et le cobaye le sérum de chien immunisé. Il n'est pas plus offensif par lui-même que le sérum de chien normal, pourvu qu'on l'ait recueilli dans les conditions déjà énoncées. Quant à son efficacité thérapeutique, elle m'a paru incontestable, que je l'aie injecté comme préventif ou comme curatif, contre la culture ou contre la toxine. Naturellement, sa puissance d'action, c'est-à-dire les doses à employer, varient avec les conditions dans lesquelles on l'applique : il faut pour prévenir l'infection une dose bien moindre que pour la guérir ; la toxine est plus facilement annihilée que la culture ; l'infection sanguine d'emblée réclame des doses plus massives que n'en exigent les lésions locales ; enfin la dose varie avec la virulence du microbe employé, et avec la race, l'âge et l'état de santé antérieur des animaux mis en expérience.

Pathogénie de la fièvre traumatique aseptique.

M. Fillon. — La fièvre traumatique est une hyperthermie survenant après les traumatismes. Quelquefois la température monte jusqu'à 39° : une classification pathogénique me paraît la seule scientifique. Trois théories : 1° la fièvre serait due à une exagération des phénomènes nutritifs dus à la réparation. 2° La fièvre est reflexe. 3° La fièvre est due à la résorption des substances thermogènes. En effet, le sang extravasé résorbé, donne de l'hyperthermie. De plus, les substances mises en liberté par la mort des cellules seraient hyperthermisantes. Enfin, les tissus en état de nécrobiose fabriquent des substances thermogènes. C'est donc cette troisième théorie qui paraît la vraie.

J'ai cherché à voir si les leucocytes fabriquaient des substances thermogènes. J'ai isolé des leucocytes, les ai fait vivre et les ai injectés chez des animaux : il y avait hyperthermie. Il est donc probable que les leucocytes sont un des agents de l'hyperthermie.

La désinfection pratique par le formol. Action physiologique de ce dernier.

M. Bosc. — Les vapeurs de formol ont une action antiseptique très puissante. Elles tuent rapidement les microbes en surface et en profondeur. Nous avons tenté alors l'action du formol injecté au lapin. La mort survient par asphyxie, après cris et convulsions. A l'autopsie, on trouve des ecchymoses sous-pleurales et un état coagulé du sang. La même coagulation a lieu *in vitro*. A solution très forte, le formol, au contraire, décoagule le sang, mais en le décomposant. Mais dans la pratique, les vapeurs de formol sont privées de tout danger.

Du sérum humain et de son emploi en thérapeutique.

M. Magnant part du principe que l'organisme humain fabrique des antitoxines et prend le sérum humain comme liquide d'injections. Il cite quelques observations favorables, partout sur des sujets tuberculeux. (A *suivre*).

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 *août* 1896. — Présidence de M. Hervieux.

Histologie des réunions séro-séreuses intestinales.

MM. Cornil et Chaput ont étudié ce mode de réunion sur des chiens sacrifiés plus ou moins longtemps après la réunion séro-séreuse de l'intestin. Au bout de 24 heures, les deux couches péritonéales accolées sont unies par une mince lame de fibrine disposée en réseau à très fines mailles emplies de globules rouges et blancs. L'endothélium péritonéal a perdu sa forme aplatie et sa cuticule superficielle. Le tissu sous-péritonéal présente un début de prolifération des cellules conjonctives. Les couches musculaires sont infiltrées de globules blancs, surtout aux points de passage des fils. Au bout de 48 heures, prolifération des cellules conjonctives qui se déforment, s'étalent, s'anastomosent entre elles et des cellules épithéliales. Les jours suivants, les pointes d'accroissement pénètrent dans la couche de fibrine. Elles se creusent, formant dès le cinquième jour des néovaisseaux anastomosés avec les vaisseaux sous-péritonéaux. Le huitième jour, l'organisation de la cicatrice est complète et l'adhérence solide.

Actinomycose circonscrite de la mâchoire.

M. Blanchard lit un rapport sur un travail de M. Ducor (de Paris). L'intérêt de cette nouvelle observation d'actinomycose consiste surtout dans l'addition du traitement par l'iodure et les injections iodées d'injections de sérum antistreptococcique contre les actinomycoses, le pus renfermant, en effet, des streptocoques que le sérum fit disparaître rapidement.

Les rayons X.

M. Fournier présente deux radiographies de tumeur blanche du genou et de syphilome du cubitus, faites par MM. Barthélemy et Oudin. La seconde surtout permet nettement de reconnaître des lésions inaccessibles à la palpation.

Conservation des pièces anatomiques.

M. Magnan présente au nom de M. Melnikoff (de Moscou) une série de pièces (coupe du cerveau, du rein, moelle, artères, veines) préparées par le séjour dans la formaline à 40 0/0 pendant vingt-quatre heures, puis dans l'alcool à 95° pendant six heures. Ces pièces incluses dans la gélatine additionnée d'acétate de potasse ont tout l'aspect des pièces fraîches.

Séance du 11 *août* 1896.

La sérothérapie de la peste.

M. Monod communique un succès obtenu par M. Yersin chez un Chinois très gravement atteint de la peste et traité par son sérum spécial.

M. Brouardel a appris depuis par télégramme que sur 27 cas de peste traités, 25 malades ont guéri. Or, la mortalité de la peste est de 95 0/0. Les détails seront communiqués à l'Académie sitôt qu'arrivera le courrier de l'Indo-Chine.

Sur une observation de spina-bifida.

M. Berger lit un rapport sur une observation présentée par M. Kirmisson.

Discutant la nature anatomique de ce fait, M. Berger refuse d'y voir un exemple de myélocèle proprement dite, et, malgré ses caractères insolites, il le classe parmi les myélocystocèles. Au point de vue clinique, si cette observation montre que, si l'extirpation du spina-bifida peut s'opérer dans de bonnes conditions de succès et que l'excision d'un petit segment des cordons postérieurs de la moelle n'entraîne pas toujours des conséquences graves, le diagnostic des diverses variétés de spina-bifida est souvent impossible et qu'on saurait affirmer avec certitude, dans bien des cas, qu'il s'agit d'une véritable miningocèle. D'ailleurs, les suites éloignées de ces opérations sont-elles aussi favorables que les résultats immédiats ? On peut en douter, et M. Berger cite plusieurs statistiques dont la sienne propre et celle de Bayer, qui font voir que les pepetits opérés restent souvent paraplégiques ou deviennent hydrocéphales, ou succombent au bout d'un temps plus ou moins long par le fait d'un défaut de résistance vitale. Un autre fait d'encéphalocèle, présenté par M. Kermisson, paraît être un exemple d'hypertrophie des vésicules cérébrales primitives s'accompagnant secondairement d'une absence de réunion des lames craniennes. Ces deux faits sont intéressant en montrant que les fissures des lames vertébrales ou craniennes sont souvent en rapport avec des malformations plus profondes de l'axe cérébro-spinal et que celle-ci peuvent rester latentes.

Hyperleucocytose après la saignée et la révulsion.

M. Maurel a noté dans des expériences faites sur le lapin une augmentation des leucocytes jeunes mononucléaires après la saignée des leucocytes vieux polynucléaires après la révulsion. Voici les conclusions relativement à la saignée :

1° Dès le lendemain de la saignée, il y a une hyperleucocytose réelle, et cette hyperleucocytose se prolonge pendant plusieurs jours; 2° Il se pourrait que dans les affections microbiennes, cette augmentation des leucocytes rendît quelques services. Relativement aux révulsifs (cautérisation ponctuée, moutarde, cantharides et ammoniaque) : 1° Dans les quelques heures qui suivent leur application, il y a une hyperleucocytose, mais elle n'est qu'apparente. Ce sont seulement des leucocytes, qui, au lieu de ramper le long de la paroi des vaisseaux, sont entraînés dans la partie circulante du sang ; 2° Mais vers le quatrième jour, leur application est suivie d'une hyperleucocytose vraie et réelle, et celle-ci est constituée par des leucocytes de nouvelle formation; 3° Il est impossible que cette augmentation des leucocytes soit utile à l'organisme dans les affections microbiennes; 4° Ainsi serait peut-être justifié l'usage séculaire, dans quelques-unes de ces affections, de la médication révulsive. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 31 *juillet* 1896. — Présidence de M. d'Heilly.

M. Chantemesse. — *Etiologie de la fièvre typhoïde.* — Cette maladie n'est pas toujours, comme on le prétend généralement, engendrée par les déjections des typhiques. On sait, en effet, qu'à côté de certaines espèces microbiennes à virulence particulière, il en existe qui ont besoin, pour déterminer une épidémie, de deux facteurs indispensables : la résistance plus ou moins grande de l'organisme, avec l'âge, la fatigue, l'encombrement et en outre la présence dans l'intestin d'autres germes qui aident à la pullulation de l'agent spécifique. Dans le cours de ses recherches personnelles, il a trouvé dans certaines eaux le bacille d'Eberth et même le vibrion cholérique

sans qu'il y ait jamais eu d'épidémie dans la localité où ces eaux étaient puisées. Il faut en conclure que la nocuité des eaux ne dépend pas uniquement de la présence du microbe. Pour ce qui concerne la fièvre typhoïde, le coli-bacille doit être considéré comme un microbe d'association du bacille d'Eberth ; la réaction du sérum est un moyen précieux pour le diagnostic.

MM. WIDAL et SICARD. — *Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde au moyen du sérum desséché, de la sérosité des vésicatoires, du lait.* — En poursuivant les expériences, on a vu que le sérum et le sang desséché des typhiques conservaient leurs propriétés agglutinantes. Avec le sérum, la réaction se produit immédiatement; avec le sang, elle est atténuée, et il faut ajouter la culture du bacille d'Eberth dans la proportion de 1 pour 5 au lieu de 1 pour 10.

M. ACHARD a eu l'occasion d'observer la réaction agglutinante avec le lait d'une malade atteinte de fièvre typhoïde. Avec le lait de six nourrices saines, le résultat a été négatif. Rien ne prouve que cette propriété soit constante dans le lait des nourrices malades. Il est nécessaire, lorsqu'on la recherche, que le lait soit pur et recueilli récemment. La filtration à travers une bougie de porcelaine lui fait perdre cette propriété qui, d'autre part, ne se transmet pas au sérum du nourrisson.

M. LEMOINE. — *Le bacille d'Eberth dans un cas de granulie.* — Il s'agit d'un homme atteint de tuberculose aiguë. Dans les premiers jours le diagnostic étant encore incertain, on trouvait dans les selles le bacille d'Eberth. La réaction du sérum fut négative. A l'autopsie on ne trouva aucune lésion de fièvre typhoïde, tandis que le poumon était sain de tubercules et que partout on constatait les lésions de la granulie aiguë.

M. ACHARD a observé la même chose sur un cobaye auquel il avait fait ingérer, en 5 jours, 9 cultures de bacille d'Eberth sur gélose. Jamais il n'a présenté la réaction du sérum.

M. BABINSKI.— *Hémiatrophie linguale.* — Il s'agit d'une malade atteinte de paralysie de la langue du côté gauche consécutive à une lésion traumatique de l'hypoglosse. L'articulation de la parole et la déglutition n'offrent rien de particulier. Les mouvements de la langue dans tous les sens sont limités. Le côté gauche est le siège d'une atrophie marquée. La contractilité faradique et voltaïque est abolie de ce côté. Le point le plus curieux de l'histoire de cette malade est le suivant : lorsqu'elle tire la langue, celle-ci est déviée du côté paralysé ; dans sa position normale, elle est à peu près normale ; si la malade ouvre fortement la bouche, la langue est déviée du côté sain. Le même phénomène a été observé chez un lapin auquel on a sectionné l'hypoglosse.

— En raison des vacances, la Société s'ajourne au deuxième vendredi d'octobre. L.-R. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 juillet 1896. — PRÉSIDENCE DE M. CH. MONOD.

Traitement du pied bot.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Les indications opératoires dans le pied bot paraissent difficiles à poser. C'est la résection osseuse atypique qui donne les résultats immédiats les meilleurs. Il a donné la formule : enlever tout ce qui gêne. On peut marcher alors assez rapidement et on n'a pas besoin de deux mois d'appareils pour pouvoir recouvrer l'usage de son pied. Il faut détruire le plus de substance osseuse, en respectant les tendons et les muscles. Cette opération est surtout bonne, si on intervient par une mobilisation extrêmement rapide. Pas d'appareil plâtré ; et l'on arrive ainsi beaucoup plus vite à la guérison. Quand on présente une méthode d'une manière générale, il faut dire qu'on n'obtiendra jamais sur un pied déformé les mêmes bons résultats qu'avec le désossement presque total du pied.

M. KIRMISSON est d'un avis radicalement opposé à celui de M. Lucas-Championnière.

Contusion du foie et hémorrhagie intraabdominale.

M. WALTHER fait un rapport sur une observation présentée par M. J.-L. FAURE. Il s'agissait d'un malade entré à la Pitié pour un coup de pied de cheval dans le ventre. Douleur extrêmement vive. Pas de vomissement. Température très basse, 34,5. Laparotomie qui montre une hémorrhagie intra-péritonéale. Débridement à droite ; on trouve la source de l'hémorrhagie. La vésicule biliaire était décollée et le foie présentait un peu à gauche de la fossette cystique une déchirure antéro-postérieure. Par toute cette surface s'écoulait du sang et au fond de la fissure se montrait une artère qui donnait à plein jet. Une pince fut appliquée, puis la plaie tamponnée. M. Faure referma le ventre. Dès le lendemain, le malade était en bon état et les suites furent des plus simples.

Kyste à grains riziformes du poignet.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait un rapport sur une observation de M. LEGUIFEL où il s'agissait d'un malade porteur d'un kyste qui s'énucléa dans son ensemble et très facilement au cours de l'opération. C'est une rareté ; il n'existe pas d'autre fait d'énucléation facile.

M. REYNIER. — La méthode de choix et la plus prudente, en présence d'un kyste synovial, consiste à disséquer complètement le kyste à grain riziforme et non à faire une simple incision avec drainage.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — La dissection du kyste est souvent impossible ; la méthode de M. Reynier est idéale, mais souvent peu pratique.

M. WALTHER. — Lorsque l'on a enlevé les grains synoviaux dans leur entier, on peut rester à l'abri des récidives. Il cite deux cas, dont l'un date de 1888 ; guérison parfaite.

M. PEYROT. — Il est certain que ces méthodes graves et difficiles peuvent donner de bons résultats ; mais que de fois surtout, dans les synovites fongueuses, on peut chez les enfants obtenir la guérison sans intervenir chirurgicalement ?

M. PONCET. — Il faut enlever tout ce que l'on peut ; mais, si cela est impossible, une simple incision peut suffire, comme la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse.

Rétrécissement du rectum.

M. RECLUS cite deux observations dans lesquelles la dilatation a donné les meilleurs résultats. Premier cas : il s'agissait d'un malade présentant au-dessus du sphincter une bride transversale et un diaphragme, au-dessus de laquelle naissaient deux fistules. Puis, plus haut, on trouvait une série de masses plus ou moins pédiculées, siégeant sur des ulcérations très nombreuses, siégeant au-dessus du rétrécissement. Au bout de onze jours, la dilatation faite par les bougies d'Hégar, facilitées par la cocaïne, la leucorrhée a disparu et les ulcérations se guérissent. La bride sus-anale avait été réséquée. Dans le second cas, syphilitique comme le premier, on trouvait à 5 ou 6 centimètres au-dessus du sphincter un rétrécissement vasculaire — mais résistant et scléreux, — au-dessus duquel étaient des ulcérations et des fongosités. M. Reclus passa de suite le nº 11 ; mais le 12 ne pouvait passer. Sur le doigt il fit quatre débridements, qui permirent le lendemain d'arriver au 16, puis au 24. Et, au douzième jour, le malade pouvait se considérer comme guéri.

M. QUÉNU. — Dans tous les rétrécissements syphilitiques il y a deux éléments : la rectite et le rétrécissement, agissant l'un sur l'autre. Ce n'est pas seulement par la dilatation qu'a agi M. Reclus ; il a fait un débridement et un traitement local, injections chaudes et cocaïne.

M. REYNIER. — J'ajouterai un troisième élément : c'est l'élément spasmodique, sur lequel a agi M. Reclus, avec efficacité, en employant la cocaïne. De là, la facilité avec laquelle on put passer les bougies.

M. QUÉNU. — *Tumeur de la corde vocale droite.*

M. SCHWARTZ. — *Calcul biliaire enlevé par la laparotomie.*

M. B.

LE CHOLÉRA. — *Egypte.* — 567 nouveaux cas de choléra se sont produits en Egypte dans les journées de mardi, mercredi et jeudi (11, 12, 13 août). On a constaté 502 décès pour la même période. Il y a eu notamment 4 nouveaux cas et 3 morts au Caire, 12 nouveaux cas et 11 morts à Alexandrie, 14 nouveaux cas et 13 morts à Damiette et 23 nouveaux cas et [illegible] morts à [illegible]. Depuis le commencement de l'épidémie, on a compté un total de 17,453 cas et de 14,498 morts.

VARIA

Les Fêtes Universitaires de Grenoble.

Inauguration de l'Ecole de Médecine.

De grandes fêtes ont eu lieu le 15 et le 16 août, à Grenoble, en l'honneur de l'inauguration de la nouvelle Ecole de médecine, qui s'élève sur l'avenue Lesdiguières. C'est M. André Lebon, ministre des colonies, qui a représenté le Gouvernement à cette cérémonie. Il a quitté Paris en compagnie de son chef de cabinet et du Pr Potain, qui était chargé de représenter le ministre de l'instruction publique à l'inauguration de l'Ecole de médecine.

A son arrivée à Grenoble, le ministre a été reçu à la gare par M. le préfet de l'Isère, et par M. le maire de Grenoble. Puis, le cortège s'est dirigé vers la préfecture, où a eu lieu la réception des corps constitués. Tout le long du trajet, sur les grandes avenues de la ville nouvelle — cours d'Alsace-Lorraine, square Victor-Hugo, boulevard de Bonne, rue Lesdiguières et place de la Constitution, les troupes, commandées par le général Moreau, gouverneur militaire, formaient la haie.

Le ministre des colonies s'est rendu ensuite à *l'Ecole de Médecine*, qui a été inaugurée.

Des discours ont été prononcés par le maire de Grenoble, le recteur, le directeur de l'Ecole de médecine, M. Bordier, M. le Pr Potain et le ministre.

Le ministre a remis les palmes d'*officier de l'instruction publique* à MM. Bordier, directeur de l'Ecole; Berlioz, professeur; Maignien, conservateur de la bibliothèque; et les palmes d'*officier d'académie* à MM. Verne, Baboin, Romeyer, professeurs; Comte, chirurgien des hôpitaux.

Commencée en 1892, l'Ecole de médecine et de pharmacie de Grenoble a été achevée l'an dernier. Elle a été construite sur les plans de M. Michon, architecte de la ville. La dépense s'est élevée à 380,000 francs. Située dans le plus beau quartier de Grenoble, elle donne par une façade monumentale sur l'avenue Lesdiguières. De style moderne, à tendance Renaissance, le bâtiment est d'une assez heureuse venue et l'allure générale en est élégante. L'architecte s'est surtout préoccupé de doter la ville d'un monument pratique, répondant à toutes les exigences de la science moderne, et il y a réussi.

Les amphithéâtres sont remarquables par leur acoustique et se trouvent placés, par une distribution habile, entre les laboratoires d'élèves et les laboratoires particuliers des maîtres. Il existe, du reste, des laboratoires spéciaux pour chaque branche de l'enseignement : chimie, physique, travaux pratiques de physiologie ; histologie et vivisection, Enfin, un laboratoire très complet de bactériologie et l'institut sérothérapique ont été organisés dans de vastes dépendances éloignées de l'Ecole, et annexés à titre de laboratoire d'expériences pour la sérothérapie. Ce service est administré par un savant des plus modestes, M. le Dr Berlioz, descendant du musicien Berlioz, Dauphinois, comme on sait.

A l'occasion de l'inauguration de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Grenoble, l'Association des Etudiants avait convié ses camarades des Universités de France. Des fêtes universitaires ont eu lieu en leur honneur. Le programme comportait notamment une excursion à la Grande-Chartreuse. La plupart des recteurs et des doyens de Facultés ont répondu aux invitations lancées.

Le Congrès de Psychologie de Munich.

Le Congrès de Psychologie, qui vint d'avoir lieu à Munich, n'est pas le premier. On se souvient qu'il y en a eu un à Paris en 1889 et un second à Londres en 1892. Le Congrès de Paris, dont Charcot était président d'honneur et M. Ribot président effectif, s'appelait Congrès de Psychologie physiologique; cent vingt personnes y prirent part. Trois ans plus tard, celui de Londres, qui comptait trois cents adhérents, a porté le nom de *Congrès de Psychologie expérimentale*. Les Allemands ont supprimé toute épithète : c'est un Congrès de Psychologie, purement et simplement, qui vient de se tenir à Munich. Toutes les méthodes y étaient admises, y compris la traditionnelle méthode d'observation intérieure. La métaphysique seule était exclue. Aussi a-t-il réuni cinq cents adhérents, parmi lesquels tous les grands noms de la médecine nerveuse du monde entier, des philosophes en nombre très respectable, et même quelques esprits aventureux. Comme le Congrès a exclu la métaphysique, les théories générales y ont très faiblement été représentées. Les communications ont été forcément techniques et ont traité de points de détail, parce que c'est par les détails que se fait peu à peu une science positive. C'est communications, à Munich, ont été au nombre de 160 ; il est donc impossible non seulement de les analyser, mais de les énumérer ici. Mais l'élargissement de la notion de psychologie, attestée par les titres successifs des trois congrès, est l'indice d'une direction générale qui a son importance.

Il est bien vrai que les travaux qui ont été lus en séance à Munich n'auraient rien perdu à être tout simplement publiés dans les revues spéciales; il n'est aucunement douteux que le principal résultat de ce Congrès, comme de la plupart des Congrès scientifiques, a été de permettre aux savants des divers pays de faire connaissance. Mais n'est-ce donc rien ? Pourquoi s'en cacher ? N'est-il pas, au contraire, d'un intérêt capital pour les progrès d'une science que ceux qui la cultivent se tiennent réciproquement au courant non seulement des résultats de leurs travaux, mais de l'orientation de leur esprit ? Il y a des choses auxquelles la lecture des revues ne peut suppléer; les hommes ne se connaissent bien qu'à la condition de s'être vus et d'avoir causé.

On a beaucoup causé à Munich, et aussi beaucoup mangé, et bu terriblement. Tous les congressistes ont été admirablement reçus, et les Français ont été l'objet d'attentions toutes particulières. La ville de Munich a organisé une « bière d'honneur » ; le régent Luitpold et la princesse ont offert un dîner au château de Nymphenbourg. Et c'était chaque soir un nouveau gala. Nous aurons fort à faire pour préparer une réception aussi magnifique aux psychologues qui viendront au prochain Congrès, lequel se tiendra, naturellement, à Paris, en 1900, avec MM. Ribot et Charles Richet comme présidents, et M. Pierre Janet comme secrétaire général. Mais, n'oublions pas qu'à Paris les Congrès passent autrement inaperçus qu'à Munich !

Conseil supérieur de l'Instruction publique de France.

Le Conseil supérieur de l'Instruction publique a tenu, il y a quelque temps, la seconde séance de sa session ordinaire.

Il a successivement adopté :

Dans l'ordre de l'Enseignement supérieur, un projet de décret relatif *aux élèves sages-femmes qui font leurs études dans la Maternité de Bordeaux*. Un projet de décret relatif au droit d'études à percevoir des étudiants admis dans le laboratoire d'enseignement pratique de chimie appliquée de la Faculté des Sciences de Paris.

Dans cette séance, le Conseil a adopté un projet d'arrêté relatif aux Concours des agrégations scientifiques aux termes duquel les candidats aux agrégations de l'enseignement secondaire pour l'ordre des sciences sont tenus de produire, en vue de l'inscription pour le concours, le diplôme de licencié ès sciences avec mention des certificats ci-après déterminés : *Agrégation des sciences mathématiques*. 1, calcul différentiel et calcul intégral ; 2, mécanique rationnelle ; 3, un autre certificat de l'ordre des sciences mathématiques, aux choix des candidats ; 4, physique générale. — *Agrégation des sciences physiques*. 1, physique générale ; 2, chimie générale ; 3, mécanique rationnelle ; 4, minéralogie ou un autre certificat de l'ordre des sciences mathématiques, physiques ou naturelles. — *Agrégation des sciences naturelles*. 1, zoologie; 2, botanique; 3, géologie; 4, physique générale ou physique expérimentale; 5, chimie générale.

En outre, les diplômes des licences ès sciences (ancien régime) sont admis, en vue de l'inscription pour les concours d'agrégation de l'ordre des sciences, comme équivalents aux trois certificats exigés des licenciés ès sciences, aspirants aux fonctions de l'enseignement secondaire, savoir : *Licence ès sciences mathématiques*. Calcul différentiel et intégral, mécanique rationnelle, astronomie ou un autre certicat de l'ordre des sciences mathématiques. — *Licence ès sciences physiques*. Physique générale, chimie générale, minéralogie, ou un autre certificat de l'ordre des sciences mathématiques, physiques et naturelles. — *Licence ès sciences naturelles*. Zoologie, botanique, géologie.

Le Conseil a adopté ensuite un projet de décret et d'arrêtés concernant l'enseignement scientifique dans les classes de l'enseignement secondaire classique et modifiant, en conséquence, les règlements relatifs au baccalauréat.

Avant de se séparer, le conseil a examiné diverses affaires contentieuses et rejeté quatre pourvois soumis à son examen.

La santé du corps expéditionnaire de Madagascar.

M. le Dr Brossier, médecin de première classe des colonies, a publié récemment un article intéressant sur l'île de la Réunion et les malades du corps expéditionnaire de Madagascar, dans les *Archives de médecine navale et coloniales*.

Au moment de l'expédition, l'île possédait 518 lits ; mais il eût été facile d'en installer 1,360, sans nouvelles constructions. Pendant l'année 1895, on a évacué 986 malades de Tamatave et de Majunga sur la Réunion ; il y a eu 14 décès, soit une faible mortalité de 1,4 0/0. Des survivants, 243 été rapatriés dans les conditions les plus satisfaisantes après un traitement actif d'une durée moyenne de 30 jours. Les décès et les évacuations ont donc donné 25 0/0 de déchet; les 75 0/0 restants se sont rétablis suffisamment pour retourner à Madagascar ou pour faire du service à la Réunion. L'envoi des convalescents à Hell-Bourg, à quatre heures et demie de Saint-Denis et à 900 mètres d'altitude, a produit les meilleurs résultats.

M. le Dr Brossier affirme, en concluant, que nous aurions eu beaucoup moins de pertes à déplorer si nos soldats les plus malades avaient été évacués de Madasgascar sur la Réunion, au lieu d'être rapatriés directement.

Les odeurs de Paris.

La commission des odeurs de Paris s'est réunie, récemment, à la préfecture de police, sous la présidence de M. Lépine. Elle a adopté les conclusions du rapport fait par le Dr A. Leroy des Barres, sur les causes des émanations odorantes de Paris et de la banlieue. Voici ces conclusions :

A notre avis, Paris est surtout victime des effets d'une auto-infection, que viennent aggraver certains établissements de son enceinte, parmi lesquels ceux en particulier qui traitent des matières organiques d'origine animale. Diverses communes de la banlieue, d'ailleurs soumises à des influences analogues, sont dans une aussi fâcheuse situation, laquelle, bien qu'elle n'ait exercé aucune action nocive sur la santé publique, implique cependant, puisqu'elle tient pour une certaine part à des foyers odorants ayant leur existence et leur origine dans l'habitation même, certaines modifications dans la loi du 13 avril 1850 sur les logements insalubres, dont les dispositions règlent les intérêts respectifs des locataires et des propriétaires, sans se préoccuper suffisamment des habitants du voisinage. Cette loi pourrait être remplacée par des règlements sanitaires. Ce n'est pas tant, d'un autre côté, à changer la législation des établissements classés qu'il faut, croyons-nous, s'attacher, qu'à veiller à la stricte application d'arrêtés d'autorisation mûrement étudiés et toujours susceptibles de modifications nouvelles. Il y aurait peut-être même avantage à revenir à des autorisations temporaires ou provisoires. Si, au sujet de ces établissements, le service d'inspection, nous le reconnaissons, a fait, pour en réduire les effets incommodes, les plus louables efforts, comme ceux-ci cependant jouent dans l'infection un rôle important, on doit encore en améliorer constamment et progressivement le fonctionnement. La nomenclature des établissements classés demande à ce point de vue à être remaniée dans certaines de ses parties : ainsi, pour ne fixer que quelques établissements : les boyauderies et les fonderies de graisse devraient être toutes de première classe (c'est-à-dire soumises à une surveillance rigoureuse) ; d'autre part, les usines d'électricité et de force motrice, les écuries des loueurs de voitures, qui ne sont pas classées, ont besoin de l'être, etc. Les étaux des bouchers, des tripiers réclameraient d'être sinon classés, du moins soumis à une règlementation spéciale. On ne saurait trop insister près des administrations préfectorales pour les inviter à exercer, d'une manière incessante, la surveillance la plus rigoureuse sur les différents services de l'assainissement dont elles ont la direction, en même temps qu'il est bon de rappeler aux maires de la banlieue les pouvoirs que la loi de 1884 leur confère en matière d'hygiène publique. Enfin, puisque les habitants peuvent, eux-mêmes, en renonçant à leurs habitudes de malpropreté, réduire les causes d'infection, nous ajouterons que la diffusion des premières notions d'hygiène mériterait la plus sérieuse attention. Le service d'inspection organisé par la préfecture de police et les obligations imposées aux industriels de Paris et de la banlieue ont abouti aux meilleurs résultats. Il est certain que les Parisiens n'ont plus été, jusqu'à présent, incommodés par les odeurs nauséabondes dont ils se sont plaints légitimement si longtemps. Cette amélioration ne fera pas que le service d'inspection se relâche de sa surveillance.

La même commission s'est réunie ultérieurement sous la présidence de M. Lépine, préfet de police.

Elle a entendu alors un autre rapport de M. Adam, faisant fonction d'inspecteur principal du service des établissements classés. Ce rapport établit que divers établissements insalubres, signalés à Aubervilliers, Ivry, Saint-Denis, Villejuif, Clichy, fournissent un appoint considérable à l'infection de Paris. Une surveillance plus étroite y est exercée depuis quelque temps ; elle a donné déjà d'excellents résultats. Une véritable « fabrique » d'asticots où les viandes pourries s'étalaient sur plus de cent mètres carrés, empestant tout un quartier, a été découverte et détruite ; des usines de phospho-guanos se sont transportées plus loin, des mesures rigoureuses de désinfection ont été imposées aux boyauderies et fonderies de graisse ; trois usines et un certain nombre d'établissements secondaires ont été fermés ; enfin, des appareils autoclaves ont été installés dans divers établissements où est opérée la cuisson des débris organiques.

Enfin cette commission s'est réunie à nouveau ces jours derniers à la préfecture de police, sous la présidence de M. Laurent, secrétaire général. MM. Armand Gautier, Barrier, Laurent-Cély, le Roy des Barres, du Mesnil, A. Lévy, Nivard, Riche et Adam assistaient à la séance. La commission a examiné et discuté les propositions apportées par M. le Pr Armand Gautier comme conclusion des rapports de MM. le Roy des Barres et Adam, lus et adoptés au cours des séances précédentes. Elle a adopté sous forme de vœux les propositions suivantes, dont elle recommande la stricte application :

1° Réparer et entretenir les chaussées partout où elles favorisent la stagnation des eaux ; 2° réparer les ruisseaux et caniveaux afin de les rendre entièrement imperméables aux eaux ménagères qui s'y écoulent et peuvent y séjourner ; prendre mêmes précautions en ce qui concerne tous les emplacements où stationnent des animaux ; 3° laver régulièrement deux fois par jour au moins, et par chasses d'eau, les ruisseaux et caniveaux ainsi que tous les emplacements où stationnent les animaux ; laver par arrosage l'été, une fois par jour au moins, les cours et courettes ; 4° entretenir les égouts dans un parfait état de propreté. Y assurer la circulation facile et rapide de toutes les matières fermentescibles ; 5° ne laisser couler à la Seine ni dans tous les autres cours d'eau aucune eau d'égout, industrielle et ménagère ; 6° appliquer sévèrement aux établissements classés les règlements et prescriptions auxquels ils sont soumis, et les compléter, s'il en est besoin.

Plusieurs membres de la commission, d'accord avec M. Armand Gautier, ont demandé, en outre, qu'un certain nombre d'établissements non classés, tels que, notamment les hôpitaux, les agglomérations ou pensions d'animaux, entreprises de louage de voitures, étaux de boucher, soient soumis à la surveillance administrative, et au besoin soient classés. Enfin, sur la proposition de MM. Nivard et Armand Gautier, la commission a émis le vœu que la loi du 15 avril 1850, relative aux logements insalubres, dont les dispositions règlent seulement les intérêts respectifs des locataires et des propriétaires, soit modifiée en tenant compte des intérêts du voisinage et des besoins de l'hygiène publique.

Dans une prochaine séance, la commission entendra les ingénieurs et les chefs des services d'assainissement de la Ville de Paris et du département de la Seine.

Enseignement médical libre.

Technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Broca, recommencera son cours de technique bactériologique avec manipulations pratiques, et exercices de diagnostic d'anatomie pathologique, le 3 septembre, à 4 heures, à son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes, et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, rue Marsollier, n° 9 (quartier de l'opéra) de 1 h. à 2 h.

LA CHALEUR AUX ETATS-UNIS. — Le nombre des morts causées par la chaleur a été un jour de la semaine dernière de 55 à New-York. On signale aussi quelques morts dans les Etats de la Nouvelle-Angleterre. La chaleur a pourtant beaucoup diminué.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 26 juillet au samedi 1er août 1896, les naissances ont été au nombre de 1 091, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 421 ; illégitimes, 120, Total, 541. — *Sexe féminin* : légitimes, 383 ; illégitimes, 167. Total, 550.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 26 juillet au samedi 1er août 1896, les décès ont été au nombre de 917, savoir : 499 hommes et 418 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoide : M. 5, F. 6, T. 11. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 6, F. 3, T. 9. — Scarlatine : M. 6, F. 4, T. 10. — Coqueluche : M. 4, F. 0, T. 4. — Diphtérie, Croup : M. 2, F. 1, T. 3. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 107, F. 54, T. 161. — Méningite tuberculeuse : M. 9, F. 7, T. 16. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 7, T. 17. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 10, T. 10. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 25, T. 41. — Méningite simple : M. 11, F. 10, T. 21. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 20, F. 16, T. 36. — Paralysie, M. 6, F. 3, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 6, T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 14, F. 28, T. 42. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 4, T. 7. — Bronchite chronique : M. 6, F. 3, T. 9. — Broncho-pneumonie : M. 12, F. 11, T. 23. — Pneumonie : M. 10, F. 13, T. 23. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 16, F. 16, T. 32 — Gastro-entérite, biberon : M. 70, F. 59, T. 129. — Gastro-entérite, sein : M. 13, F. 6, T. 19. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 9, F. 5, T. 14. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M 0, F. 3, T. 3. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 15, F. 11, T. 26. — Sénilité : M. 15, F. 25, T. 40. — Suicides : M. 15, F. 7, T. 22. — Autres morts violentes : M. 10, F. 3, T. 13. — Autres causes de mort : M. 83, F. 63, T. 146. — Causes restées inconnues : M. 1, F. 4, T. 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 81, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 23, illégitimes, 17. Total : 40. — *Sexe féminin* : légitimes, 32, illégitimes, 9. Total : 41.

Université de Lyon. — *Faculté des Sciences*. — M. Sauvageau, docteur ès sciences, maître de conférences de botanique à la Faculté des sciences de l'Université de Lyon, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté. — M. Vignon (Léo), docteur ès sciences, maître de conférences de chimie industrielle à la Faculté des sciences de l'Université de Lyon, est nommé professeur de chimie appliquée à l'agriculture et à l'industrie à ladite Faculté.

Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Toulouse. — *Erratum*. — Le président désigné pour la session de *Toulouse*, en 1897, est notre ami, M. le Dr Ritti, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la *Société médico-psychologique*.

Universités Etrangères. — *Faculté de médecine de Bâle*. MM. les Drs K. Mellinger et Fr. Hosch, privadocenten d'ophtalmologie, sont nommés professeurs extraordinaires. — *Faculté de médecine de Breslau*. M. le Dr W. Uhthoff, professeur à la Faculté de médecine de Marbourg, est nommé professeur ordinaire d'ophtalmologie, en remplacement de M. Forster, démissionnaire. — *Faculté de médecine de Fribourg*. M. le Dr E. Roos est nommé privatdocent de médecine interne. — *Faculté de médecine de Heidelberg*. Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten Cramer (*hygiène*); Gottlieb (*pharmacologie*). — *Faculté de médecine de Lausanne*. M. le Dr Auguste Dufour est nommé privatdocent d'ophtalmologie. — *King's College Hospital Medical School de Londres*. M. le Dr I. Burney Yoe, professeur de thérapeutique, est nommé professeur de médecine, en remplacement de M. Beale, démissionnaire. — M. le Dr Curnow, professeur d'anatomie, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de Sir George Johnson, décédé. (*Sem. méd.*).

Distinctions honorifiques. — Sont nommés *Officiers d'Académie* : MM. les Drs Bretenaker, président du Souvenir français; Laydeker (d'Avize) à l'occasion de l'inauguration du monument Carnot à Chalons-sur-Marne) ; MM. les Drs Verne, Paboum, Romeyer et Comte (à l'occasion de l'inauguration de l'Ecole de médecine de Grenoble). — Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les Drs Bordier et Berlioz (de Grenoble).

La Vaccination dans le Texas. — La vaccination à la lancette est connue de tout le monde. Mais la vaccination au revolver et à la lancette combinés est un cas plus inédit. Une épidémie de petite vérole éclatait récemment au Texas. Ordre fut aussitôt donné à chacun de se faire vacciner sans retard. Mais la population campagnarde éprouvait à l'égard de cette opération une répugnance insurmontable. En désespoir de cause, le gouvernement se vit obligé d'envoyer dans les villages des détachements de policemen et de médecins. Les agents empoignaient les récalcitrants et les poussaient contre un mur. Les chirurgiens leur administraient alors rapidement quelques coups de lancette, tandis que les policemen braquaient sur les patients un revolver chargé. — Signalé tout particulièrement à la municipalité marseillaise.

L'Hygiène des Pêcheurs. — Le 17e Congrès des Sociétés françaises de Géographie vient de se réunir à Lorient. Il a adopté plusieurs vœux. Il a notamment demandé, à la suite d'une communication de M. le Dr Le Garrec (de Lorient), relative à l'organisation de conférences pratiques dans les centres d'armement sur les premiers soins à donner aux malades et aux blessés, l'introduction de connaissances sommaires d'hygiène et de médecine dans les programmes des candidats-capitaines du commerce.

Empoisonnement aigu par l'Alcool. — Une jeune femme acheta un litre de cognac dont elle avala le contenu entièrement. L'effet fut foudroyant. La malheureuse se mit à pousser des cris terribles ; puis elle tomba inanimée sur le parquet. Les voisins, attirés par les cris, firent transporter Blanche R..., à l'Hôtel-Dieu.

Journaux de Médecine de France. — D'après l'*Annuaire de la Presse*, excellente publication dont nous recommandons l'usage, au 1er mai 1895, on comptait à Paris 191 journaux médicaux (médecine, chirurgie, thérapeutique, hygiène, art vétérinaire) ; au 1er juin 1896, il n'en existait plus que 176. Cette catégorie de publications périodiques a donc subi une légère réduction.

Nécrologie. — On annonce la mort à Goleaberg, en Allemagne, du célèbre ingénieur allemand Lilienthal, membre de la Société de navigation aérienne de Berlin. C'est au cours d'une expérience scientifique aux environs de Berlin qu'il a péri. La machine volante avec laquelle il se précipitait dans l'espace du haut d'une colline artificielle, a été retournée par un violent coup de vent, et l'aviateur infortuné s'est brisé la colonne vertébrale. Si nous citons ici le nom de M. Lilienthal, qui n'était pas médecin, c'est qu'il mérite d'être classé parmi les martyrs de la science.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MÉDICAL*

RECHERCHES CLINIQUES & THÉRAPEUTIQUES

SUR

l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie

Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'**année 1895**;

Par BOURNEVILLE

Avec la collaboration de MM. Boncourt, Comte, Dardel, Dubarry, Leriche, Lombard, J. Noir, Pilliet, Ruel, Sollier et Tissier, internes ou anciens internes du service.

Tome XIV. Un beau volume in-8° de LXXI-254 pages, avec 31 figures et 8 planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. Goupy (G. Maurin, succr), rue de Rennes, 71.

3e SÉRIE. T. IV. N° 35. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 29 AOUT 1896.

Le Progrès Médical



MÉDECINE OPÉRATOIRE

Thoracentèse et drainage pleural;

par **Félix Terrier**,
Chirurgien de l'Hôpital Bichat,
Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Paris.

Leçon recueillie par M. E. Reymond.

Messieurs,

La ponction de la plèvre, connue sous le nom de *thoracentèse* ou *thoracocentèse*, est une opération, banale aujourd'hui, mais ayant subi bien des modifications, depuis que Drouin, au XVIIe siècle, la pratiqua pour la première fois avec le trocart.

Eviter l'entrée de l'air dans la plèvre, telle fut dès le début, la préoccupation des opérateurs. Lurde (XVIIIe siècle) se contentait de placer son doigt sur le pavillon de la canule pendant l'inspiration : il retirait ce doigt pendant l'expiration ; puis il utilisa un robinet qui jouait un rôle analogue. Mais il suffisait d'un accès de toux, survenant brusquement et déterminant une inspiration inattendue, pour que l'air eût grand chance de pénétrer dans le thorax.

Il fallait trouver une fermeture automatique, telle que la canule s'obture d'elle-même aussitôt que la pression intra-thoracique devenait moins considérable que la pression extérieure : tel est le problème que parait avoir résolu le premier Bouvier en 1836 (1). Son appareil se compose essentiellement d'une canule dont le pavillon se trouve fermé par un obturateur à ressort, dès que la tige du trocart lui-même est retiré. Près du pavillon, la canule est flanquée latéralement d'un orifice auquel est assujettie une courte canule par laquelle s'échappe le liquide; cette canule présente un renflement dans lequel joue une boule métallique : celle-ci n'empêche pas la sortie du liquide ; mais la pression intra-thoracique devient-elle négative, la boule, facilement soulevée grâce à sa légèreté, vient s'appliquer contre l'orifice qui la surplombe et l'air n'entre pas.

L'appareil dont se servit ensuite Récamier atteignait au même but avec un autre dispositif; au pavillon de la canule se trouvait appliqué par un ressort une soupape en peau de buffle, ne pouvant s'ouvrir que de dedans en dehors.

L'appareil de Reybard (1841) est plus simple encore ; il se compose d'une canule présentant une rainure circulaire autour du pavillon; on y fixe un tube fourni par un boyau de chat, de poulet, de lapin, peu importe; on mouille avec soin la baudruche qui pend en enrobant le pavillon et en s'appliquant sur la lumière dès que le liquide cesse de sortir et que l'air tend à rentrer : c'est une soupape simple et bonne.

Il est juste de faire remarquer que cette méthode avait été exposée par Boyron, élève de Dupuytren, dans sa thèse en 1814; mais c'est bien à Reybard, qui la reprit en 1841, qu'on doit de l'avoir vulgarisée.

Raciborski (2) inventa un procédé qui dérive du précédent, sans avoir sur lui un grand avantage; au lieu d'un boyau de chat, on fixe au pavillon du trocart armé de la tige une vessie de porc, et, avant de faire la ponction, on la vide d'air, on la mouille et on la tord. La ponction une fois faite, on abandonne la tige du trocart dans la vessie, qui se remplit du liquide ponctionné.

Nous dirons peu de chose de l'appareil proposé par J. Guérin pour la thoracentèse ; c'est le même en effet que celui employé pour les abcès par congestion : même trocart plat, même pointe en flamme, même canule percée de trous près du bec; à la canule plate est adjoint un robinet; une pompe à double effet complète l'appareil. Quelques années plus tard, on devait adresser à ce procédé le curieux reproche de faire le vide dans la plèvre (1).

On aurait tort, du reste, de croire que J. Guérin fut le premier à s'être servi d'une pompe pour vider la plèvre ; déjà, en 1831, G. Pelletan avait essayé d'en adjoindre une au trocart. Plus tard, Schuh créait un procédé dans lequel on se servait aussi d'une seringue spéciale, mais qui était trop compliquée pour entrer dans la pratique.

Cependant, l'appareil de Reybard restait le plus employé ; Barth lui trouva un usage nouveau ; après avoir évacué le liquide de la plèvre, Barth soulevait le tube de baudruche verticalement, et, le remplissant de liquide médicamenteux, lui faisait jouer le rôle d'entonnoir.

Vers la même époque, Piorry (2) a l'idée d'appliquer à la thoracentèse une expérience de physique bien connue, celle du siphon qui, en même temps, empêchera l'entrée de l'air dans la plèvre et provoquera l'aspiration du liquide intra-thoracique. L'arsenal est fort simple : un trocart à robinet, un tube de caoutchouc de 50 centim., un vase d'eau; la ponction, une fois faite, et le robinet restant fermé, on fixe une des extrémités du tube à la canule, l'autre plongeant dans le vase d'eau : on ouvre le robinet, et le premier jet de pus amorce le siphon.

Piorry se servait du même dispositif pour laver la plèvre : on élevait alors le récipient qu'on avait soin de remplir d'eau très pure ; le siphon était alors amorcé par l'inspiration même du patient.

Avec Blachez (3) s'affirme la tendance à n'employer que de fins trocarts, auxquels il applique le tube de baudruche de Reybard. — D'ailleurs, quelques années avant, Damoiseau (1863) avait déjà préconisé le trocart capillaire avec lequel il utilisait sa térabdelle constituant une sorte de pompe aspirante et refoulante.

Un peu plus tard (1869), M. le Pr Dieulafoy commença ses recherches sur l'aspiration des liquides des grandes cavités closes ; tout d'abord, c'est un caractère d'exploration qu'il donne à ses ponctions; suivant son expression, il recherche le liquide, « le vide à la main » ; mais bientôt il modifie son appareil et s'en sert pour vider de grandes cavités, la plèvre entre autres. — Je ne vous décrirai pas l'appareil Dieulafoy ; tous, vous l'avez vu fonctionner, et quelques minutes de maniement

(1) Bouvier. — *Bulletin Acad. Méd.*, Paris, 1836.
(2) Raciborski — *Gaz. des Hôp.*, p. 557, Paris, 1849.

(1) Sédillot-Legouest.— *Médec. opérat.*, T. II, p. 498, 1870.
(2) Piorry.— *Bullet. Acad. Méd.*, p. 541, Paris, 1865.
(3) Blachez. — *Union médicale*, Paris, 1868, p. 634.

vous en apprendront plus que de longues explications.

J'en dirai autant de l'appareil du Pr Potain; mais avant, je tiens à vous en signaler un autre, peut-être ignoré de vous et cependant d'un heureux dispositif: c'est celui de Castiaux (1) (de Lille); il se compose d'un flacon gradué contenant de 1,000 à 1,800 gr.; au goulot du flacon sont placés deux robinets : l'un horizontal est intermédiaire entre le trocart et un tube de verre plongeant dans le flacon ; l'autre vertical communique par un tube de caoutchouc avec une pompe aspirante ou avec une pompe foulante. Pour évacuer un épanchement pleurétique, on fait le vide dans le flacon, on ponctionne ; à la canule du trocart on ajuste le tube de caoutchouc et on ouvre le robinet : le liquide est appelé par le vide relatif du flacon. S'agit-il de pratiquer une injection intra-pleurale, on se sert de la pompe foulante.

Behier a voulu simplifier cet appareil et c'est encore une simplification que le Pr Potain a su y apporter en remplaçant les deux pompes par une seule et le gros flacon d'un litre par une bouteille quelconque. L'appareil de Potain est excellent s'il s'agit de vider une plèvre; il devient très discutable si c'est un lavage qu'on veut pratiquer et cela à cause de la difficulté de sa stérilisation.

Où doit-on ponctionner pour une pleurésie? — Je n'ai pas, Messieurs, à vous dire quels renseignements la percussion et l'auscultation doivent vous fournir; ce seront parfois nos seuls guides, dans le cas de pleurésie localisée par exemple. — Je vous rappelle seulement trois principes généraux :

1° Faire la ponction au point déclive.

2° Eviter le diaphragme.

3° Ne pas léser l'artère intercostale.

La blessure de celle-ci est chose rare il est vrai; toutefois, je vous rappelle son trajet. Tout à fait en arrière, près de son origine, l'artère intercostale se dirige en haut et en dehors, traversant obliquement l'espace intercostal depuis l'articulation costo-vertébrale jusqu'à l'angle des côtes; à ce niveau, l'artère n'est donc pas protégée. A partir du point où elle atteint la côte supérieure, elle se trouve recouverte par celle-ci sur une longueur de 8 centimètres environ, jusqu'à ce que, se divisant en deux branches, elle se place à nouveau dans l'espace intercostal.

Pratiquement, nous conclurons, en disant qu'on est sûr d'éviter l'artère, en ne ponctionnant que, depuis l'angle des côtes, jusqu'à égale distance du sternum et des vertèbres; plus simplement encore, disons qu'on choisira comme point moyen et de toute prudence l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs de l'espace intercostal. Voilà pour éviter l'artère.

Le diaphragme, sera-t-il facile à ne pas intéresser? oui, si l'on a soin de ne pas descendre au-dessous de la dixième côte. Malgaigne et Le Fort conseillent de faire la ponction dans le troisième et quatrième espace, en comptant de bas en haut et cela à droite comme à gauche. On a donné du reste bien d'autres points de repaire : à six travers de doigts a-t-on dit au-dessous de l'angle de l'omoplate; mais celle-ci est essentiellement mobile. Au niveau du coude fléchi, la main étant sur le sternum, ont dit d'autres auteurs; mais ce point lui aussi change avec la situation de l'épaule et la longueur individuelle de l'humérus. Je préfère encore la règle qui consiste à ne jamais faire la ponction plus bas qu'à trois travers de doigts au-dessus du rebord costal; celui-ci, même chez les gens obèses, se sentira toujours facilement.

(1) Castiaux (de Lille). — Thèse de Paris, Paris, 1873.

Voilà pour les zônes dangereuses dans lesquelles il ne faut pas s'aventurer; reste à choisir dans le territoire où l'on peut ponctionner, le point le plus déclive; mais celui-ci ne sera-t-il pas différent suivant que le malade est assis ou couché? Nous reviendrons sur cette question à propos de l'empyème; mais si nous nous plaçons maintenant dans l'hypothèse d'une ponction simple sans drainage, il est évident que le malade est supposé assis et que l'on devra faire la ponction aussi bas que possible, sans sortir des limites que nous venons de tracer.

Le *manuel opératoire* de la ponction est chose fort simple; vous tenez l'instrument de la main droite, le fond de la poignée empaumé dans le creux de la main; avec votre index droit limitez la course de l'instrument; l'index gauche marque le point choisi, déprimant l'espace immédiatement au-dessus de la côte sous-jacente; le trocart prend le contact de cette index et pénètre en donnant une sensation spéciale de résistance vaincue.

Si banale que soit devenue aujourd'hui la ponction de la plèvre, elle n'en a pas moins été vivement combattue. Le Fort constate qu'une pleurésie purulente se fait souvent à la suite d'une ponction : ce qui est très exact; et il en conclut que l'une est la cause de l'autre, ce qui n'est nullement démontré.

Pour que la pleurésie devienne purulente, il faut, en réalité : ou bien que l'infection existe déjà, ou bien qu'elle ait été apportée par le trocart, et le seul enseignement qu'il nous soit permis d'en tirer est celui-ci: pour pratiquer une simple ponction, les précautions d'asepsie doivent être aussi minutieuses que s'il s'agissait d'une grosse opération chirurgicale.

Je sais aussi une autre cause d'accidents consécutifs à la ponction : c'est l'étrange besoin de laver la plèvre qui s'est emparé d'un grand nombre de praticiens.

Non seulement on lave, comme nous le verrons, après la pleurotomie, mais on lave aussi après ponction, alors même qu'il ne s'agit que d'une pleurésie simple; quoique fort peu enthousiaste personnellement de cette manière de faire, je dois bien vous indiquer quelques-uns des nombreux procédés employés, ne m'occupant toutefois pour l'instant que de ceux qui peuvent être mis en usage après la ponction et non après la pleurotomie.

A la question du lavage de la plèvre vient s'ajouter celle du drainage permanent, que nous allons étudier en même temps.

Un des procédés de drainage les plus simples était celui de Reybard : il laisse à demeure la canule du trocart; le robinet est fermé et de temps en temps on l'ouvre pour laisser couler le liquide. La canule dont on se servait était légère, munie d'ailes, fixé au thorax par un ruban. L'inconvénient de la méthode, vous le devinez sans peine, c'est que les tissus perforés par l'instrument ne tardent pas à s'altérer et à s'infecter et il se fait autour de la canule une perte de substance bientôt suffisante pour laisser pénétrer l'air.

Aussi voyons-nous Barth (1) remplacer cette canule métallique par un tube en caoutchouc vulcanisé permettant un écoulement continu. L'extrémité libre du tube est munie d'une baudruche : on l'attachait au cou, ce qui n'était peut-être pas bien pratique. Veut-on faire un lavage? On pince le tube, on adapte la seringue et on en injecte le contenu; puis on laisse écouler le

(1) Barth.— *Bull. Academ. Medec.*, Paris, 1865, t. XXX, p. 1043.

liquide et on replace la baudruche. A la fin du traitement, celle-ci est supprimée et remplacée par un fosset; mieux aurait valu certainement laisser la baudruche ou pincer le tube.

Abeille présenta en 1867 à l'Académie de Médecine, un appareil avec lequel il utilisait le vide pour faciliter le drainage permanent de la plèvre. Au drain était annexé une poire en caoutchouc munie d'un robinet; on comprimait la poire, on la fixait et on ouvrait le robinet: la poire se remplissait peu à peu du liquide pleural.

A ce procédé, comme à plusieurs de ceux qui suivent, je ferai le même reproche : un tube en caoutchouc traversant à frottement la paroi thoracique constitue, au travers des tissus, un corps étranger autour duquel une infection quelconque a tendance à se greffer : ou celle-ci arrivait du dehors, c'est-à-dire de la peau ou du pansement, ou bien encore provenait du dedans, c'est-à-dire du liquide pleural; de toute façon la plaie ne tardait pas à suppurer largement et les symptômes de septicémie apparaissaient.

Un an plus tard, Verneuil communiquait à la Société de Chirurgie (1868) un procédé qui devait être bien souvent reproduit avec des modifications plus ou moins importantes. Par la canule d'un gros trocart, Verneuil glisse un tube en caoutchouc percé de trous à son extrémité pleurale : l'autre extrémité munie d'une baudruche plonge dans un bassin rempli d'eau et placé plus bas que le malade. C'était en somme le procédé du siphon.

Potain (1) recourut au double siphon. La pièce principale de son appareil est constituée par un Y en caoutchouc résistant ; la branche médiane communique avec la plèvre ; à chacune des deux autres branches fait suite par l'intermédiaire d'un index de verre, un tube de caoutchouc qui, muni d'une pince, va dans un bocal; des deux bocaux l'un est élevé, l'autre déclive par rapport au lit du patient : tel est l'appareil.

Pour s'en servir, on ponctionne le thorax, on introduit à frottement un tube court que vont fixer : une plaque en caoutchouc percée à son centre, des bandes et du collodion. A ce tube fait suite la branche impaire de l'Y. On laisse alors s'écouler le pus dans le vase inférieur, puis on pince le tube correspondant. On amorce le tube supérieur et on laisse le liquide laveur pénétrer dans la plèvre; et ainsi de suite jusqu'à ce que le liquide sorte clair ; on enlève alors l'appareil en laissant une pince sur le drain pleural. Souvent des paquets pseudo-membraneux viennent obstruer le tube inférieur : on peut, dans ce cas, renverser le sens du courant en changeant de place les deux bocaux.

Le grand avantage que le Pr Potain trouvait à son procédé était d'augmenter et de diminuer à volonté la pression intra-thoracique; même avantage pour le second procédé du même auteur qui n'en diffère qu'en ce que l'on fait deux ponctions et que le tube d'arrivée est situé plus haut que celui de sortie.

Peut-être croyez-vous que dès lors le drainage sous l'eau constitue une méthode bien connue. Et cependant, en 1872, nous la voyons découverte à nouveau par Playfair (2) ; un drain fin de 6 pouces, uni par un index de verre à un tube de caoutchouc de 6 pieds, l'extrémité du drain dans le thorax, l'extrémité du tube dans une bouteille à demi-pleine d'eau : tel est l'appareil. Vous en connaissez déjà le maniement.

Le procédé devait être découvert encore à nouveau; Bülau (1) y a aujourd'hui attaché son nom et depuis quelques années on en fait grand bruit en pays allemand. A Hambourg, Berlin, Bâle, les résultats seraient remarquables : 86 0/0 des opérés seraient guéris (2).

(1) Potain. — *Bull. de thérap.*, 1869. — Besnard. Th. de Paris, 1871.
(2) Playfair. — *Soc. obstétr.*, London; 1872.

Je ne veux discuter ici ni ces chiffres, ni les indications de la méthode ; mais je tiens à constater qu'elle ne diffère pas beaucoup de celle de Piorry, de Verneuil, de Potain, qui y ajoutaient le lavage. L'adjonction d'une poire aspirante au tube qui plonge dans le bocal d'eau peut être commode pour amorcer le siphon, mais ne constitue pas une transformation du procédé. La seule différence réside dans le but que se proposent les auteurs; les premiers y voient surtout la possibilité de vider complètement l'épanchement ; les derniers espèrent de plus, qu'en déterminant une pression négative dans la plèvre, ils ont chance d'empêcher le poumon de se rétracter et de lui faire à nouveau remplir l'espace mort.

Nous arrivons maintenant aux appareils permettant de faire, à l'aide d'une pompe, à la fois l'aspiration et le lavage. Ces appareils sont nombreux ; vous avez sous les yeux celui de Villemin, un des plus connus. Je vous indiquerai encore celui que Thiénot (2) vient de faire construire et dont il va vous montrer le fonctionnement.

Il se compose d'une aiguille à double courant constituée par une aiguille injectrice qu'on glisse dans la canule du trocart après en avoir retiré celui-ci. Le liquide entre dans la plèvre par l'aiguille injectrice ; il en sort par l'espace laissé entre celle-ci et la canule. L'appareil se compose encore de deux bouteilles : celle qui contient le liquide à injecter est en verre vert, graduée et pouvant être stérilisée avec son contenu ; elle plonge dans un bain-marie, qui contient de l'eau à 39°. La seconde bouteille est destinée à recevoir le liquide aspiré. Une seule pompe semblable à celle de l'appareil Potain commande en même temps ces deux flacons ; elle est à la fois aspirante et foulante ; à chaque coup du piston, elle chasse le liquide laveur en augmentant la pression du premier flacon et retire du liquide de la plèvre en diminuant la pression du second flacon.

Pour se servir de son appareil, Thiénot recommande de faire une piqûre de cocaïne et une incision cutanée de 1 centimètre. Il introduit très obliquement le trocart, retire par aspiration une partie du liquide pleurétique, puis la décompression obtenue, il passe au lavage du reliquat pleurétique et, pour cela, ajuste dans la canule l'aiguille injectrice.

On met la pompe en mouvement et le liquide injecteur dont se vide le premier flacon doit être en quantité à peu près égale à celui du liquide aspiré, dont on remplit le deuxième flacon. S'il n'en est pas ainsi on retire momentanément l'ajustage qui relie la pompe à l'un des deux flacons suivant le cas.

Un barboteur contenant de l'acide phénique et que traverse l'air qu'on enmagasine dans le premier flacon, un thermomètre adapté à ce flacon, des manomètres donnant les pressions respectives de l'injection et de l'aspiration, une soupape de sûreté spéciale, tels sont les accessoires qui viennent compliquer le procédé et dont vous comprendrez plus facilement le rôle en vous vous en servant.

Je terminerai, Messieurs, cet exposé des méthodes de drainage pleural par deux procédés assez spéciaux : la

(1) Rapport d'Immerman (de Bale) au *Congrès méd. de Vienne* 15-18 avril 1890.
(2 Thiénot. — Th. de Paris, 1896.

térébration des côtes et le procédé de Chassaignac (1).

Ce dernier n'est que l'application à la plèvre, de la néthode du *drainage* préconisée d'une façon générale par ce chirurgien : Une incision préalable des téguments était faite au bistouri ou à la lancette au niveau du sixième ou septième espace intercostal, à l'union de ses deux tiers antérieurs et de son un tiers postérieur. Dans cette boutonnière cutanée, Chassaignac introduisait son grand trocart courbe ou droit, pénétrait dans la plèvre et le ramenait par transfixion de dedans en dehors dans le même espace intercostal, de manière à comprendre un pont tégumentaire de deux travers de doigts de longueur. La canule du trocart servait ensuite à conduire le drain.

Cette méthode, qui ne semble pas avoir donné de bien brillants résultats, a été employée ensuite par le Pr A. Richet, peu enclin cependant à imiter Chassaignac.

Quant à la térébration des côtes, elle date d'Hippocrate. Reybard la conseille pour bien fixer la canule à la paroi; mais c'est surtout Sédillot qui s'applique, dans un mémoire à l'Académie de Médecine, en 1857, à mettre en lumière tous les avantages qu'il trouve à un pareil procédé.

Il incise les téguments sur la neuvième ou dixième côte jusqu'à l'os, râcle le périoste, trépane avec un instrument de 4 millimètres en évitant l'artère intercostale, et glisse dans l'orifice une canule de même diamètre à aile latérale en argent. Il laisse ensuite couler le pus et place un bouchon : celui-ci n'est enlevé que pour laisser échapper le trop plein de la plèvre, tous les quatre heures par exemple, le premier jour. L'idée est fort simple, mais vous pensez combien vite doit s'infecter une pareille plaie.

J'ai conservé, pour finir, cette térébration des côtes et le procédé de Chassaignac, parce qu'ils constituent une sorte d'intermédiaire entre le drainage à la suite de la thoracentèse et le drainage à la suite de la pleurotomie dont nous nous occuperons ultérieurement.

(1) Chassaignac. — *Monit. des Hôp.*, 4 novembre 1856. — Hobon. Th. de Paris, 1867. — Anselme. Th. de Paris, 1875.

LE CHOLÉRA. — *Egypte.* — Dans une des dernières séances du comité consultatif d'hygiène, M. Henri Monod, directeur de l'Assistance publique, a exposé que, d'après les renseignements émanés du conseil sanitaire d'Alexandrie, le total des cas de choléra en Egypte s'élevait, au 31 juillet, à 14,803, dont 12,273 décès. Alexandrie est comprise dans ces chiffres pour 912 cas, dont 770 décès. Ces mêmes renseignements font connaître que, du 23 au 29 juillet, l'épidémie est restée à peu près stationnaire dans la circonscription du Caire, et qu'une amélioration sensible s'est produite dans l'état sanitaire de la région frontière. — Depuis le commencement de l'épidémie de cholera, il y a eu en Egypte 16.866 cas et 13.156 décès, et, rien que dans une journée. 268 nouveaux cas et 322 décès.

L'OREILLE DE MOZART. — On peut voir, à *l'Exposition du Théâtre et de la Musique*, au Palais de l'Industrie, une curieuse image représentant une « oreille humaine commune », et, à cote l'oreille, si particulière, de Mozart, qui montre que non seulement cérébralement, au point de vue génial, mais au point de vue de la construction même de l'instrument auditif, Mozart était un phénomène.

LA CHALEUR AUX ETATS-UNIS. — Le nombre des décès causés par la chaleur à New-York et dans les faubourgs le mois dernier, a atteint au début 188. Les ambulances installées dans les rues ont été insuffisantes. La mortalité continue dans le pays. Actuellement la chaleur varie entre 36° et 37° centigrades, et les hôpitaux regorgent de malades. On signale actuellement 226 décès occasionnés par des insolations A Chicago, où la chaleur est également très forte, les cadavres de chevaux ont encombré les rues, que la police a été obligée de désinfecter.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Assistance médicale et l'Hygiène chez les Pêcheurs.

Depuis quelque temps, l'attention des Pouvoirs publics et de la Presse est attirée d'une façon toute spéciale sur nos pêcheurs et nos marins, base fondamentale de l'organisation de notre flotte ; et le côté médical et hygiénique de la question n'est nullement, — ce qui n'est pas pour nous déplaire, — laissé de ce côté.

C'est ainsi, comme nous le rapportions dans notre dernier numéro, que M. le Dr Le Garrec (de Lorient), a insisté, au récent Congrès de Géographie commerciale qui s'est tenu en Bretagne, sur la nécessité de faire, dans les grands ports d'armement, des conférences pratiques aux matelots de la marine marchande sur l'hygiène à la mer. Le même auteur va revenir sur ce sujet, pour les pêcheurs proprement dits, au Congrès international des Pêches maritimes, que nous avons organisé, pour le 3 septembre prochain, aux Sables d'Olonne (Vendée). Pour cette même réunion, qui promet d'être des plus fructueuses à d'autres points de vue, on nous annonce plusieurs communications d'ordre hygiénique également. Mentionnons entre autres, celle de M. Maurice Cacaud, qui abordera la question des maisons salubres à bon marché pour pêcheurs et celle de l'assainissement des petits ports de pêche ; et M. Cacheux, président de la Société française d'Hygiène, qui assistera à ce Congrès, interviendra certainement dans la discussion.

D'autre part, nous rappellerons que de nombreuses Ecoles professionnelles de pêches maritimes viennent d'être fondées sur différents points du littoral français, et en particulier à Groix et aux Sables d'Olonne, où des Ecoles de ce genre fonctionnent déjà, à l'imitation d'établissements analogues étrangers, et qu'on y a créé des cours d'hygiène à l'usage des apprentis pêcheurs. Nous mentionnerons, entre autres, ceux qui sont faits à l'Ecole municipale des Sables d'Olonne (organisée un peu à notre instigation (1) par notre excellent ami, M. A. Odin, ancien interne en pharmacie des hôpitaux de Paris), par M. le Dr Billiotte, ancien médecin de la marine, pour le quartier de la Chaume, et par M. le Dr Godet, ancien médecin de la marine, conseiller général, pour celui des Sables et dont voici le programme :

« Maladies internes. Maladies externes (contusions, plaies, piqûres, luxations, fractures, panaris des pêcheurs, etc.). — Premiers soins aux noyés. — Hygiène du pêcheur. — Désinfection des bâteaux de pêche. — Exercices de pansements, etc. (2). »

A l'Ecole de Groix, un cours identique a été fait par un médecin attaché au port de Lorient. Il est à souhaiter que cet exemple soit imité sous peu dans les autres Ecoles organisées à Dieppe, à Trouville, à Dunkerque, à Boulogne et à Marseille, grâce à la féconde initiative de la Société de l'Enseignement technique et professionnelle des Pêches maritimes.

Nous avons déjà eu l'occasion, à cette même place, il y a plusieurs années déjà, de faire connaitre ce qu'à l'étranger on appelle l'œuvre des *Bateaux-Hôpitaux pour quartiers de grande pêche*. Cette idée, due à l'initiative de missions religieuses anglaises, a été reprise en France, après notre intervention, par le *Cosmos*

(1) Baudouin (M.) — *Une Ecole professionnelle de Pêches maritimes aux Sables d'Olonne*; in Rev. des Sc. Nat. de l'Ouest, 1896, n° 1, 2, 4.

(2) Ces Ecoles sont très comparables aux Ecoles d'infirmiers et infirmières des hopitaux de Paris.

et une Société privée. Déjà deux navires ont été construits et aménagés à cet effet ; et, à son dernier voyage en Bretagne, M. le Président de la République a visité en grande pompe le *Saint-Pierre*, dernier bâtiment lancé. Le *Saint-Pierre* a pris la mer cette année, ayant à son bord un *aumonier*, un médecin de 1re classe et un pharmacien de la marine. Nous regrettons, pour notre compte, que cette Société dite des Œuvres de Mer ne soit pas restée complètement en dehors de toute idée religieuse, déviant ainsi de son but principal : ce qui nous empêche de nous y intéresser. Mais il n'en faut pas moins reconnaître que l'effort tenté est méritoire et qu'il rendra d'inappréciables services aux malheureux pêcheurs de morue, isolés dans les mers d'Islande et sur les côtes de Terre-Neuve. M. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

TROISIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE.

Session de Nancy (6-10 août 1896) (*suite*) (1).

Séance du Vendredi 7 Août (matin) (*suite*).

Note sur la sérumthérapie de la variole.

M. Béclère complète la communication qu'il a faite en janvier dernier à la Société médicale des Hôpitaux sur l'action immunisante à la fois préventive et curative, au moins vis-à-vis de la vaccine, du sérum de génisse vaccinée, action démontrée par ses recherches expérimentales en collaboration avec MM. Chambon et St-Yves Ménard et sur l'application de ce sérum au traitement des varioleux. Il résume brièvement les observations, actuellement au nombre de dix-neuf, qu'il a recueillies dans les hôpitaux de Paris et de Marseille. Chez les adultes, la quantité totale du sérum injecté sous la peau a le plus souvent oscillé entre un litre et un litre et demi, elle a même par deux fois dépassé cette dose et a atteint le chiffre de 1,600 centimètres cubes. La quantité qu'ont reçue les jeunes enfants a varié d'un huitième de litre à près d'un demi-litre, mais relativement à leur poids, cette dose était beaucoup plus forte. Deux enfants ont guéri âgés l'un de 21 mois, l'autre de 26 jours seulement, après avoir reçu le vingtième de leur poids de sérum, un troisième âgé de 3 mois et demi a guéri également après avoir reçu le vingt-cinquième de son poids de sérum. Aux adultes, il est le plus souvent très difficile d'en injecter plus du cinquantième de leur poids; chez quelques sujets maigres, M. Béclère a atteint le trente-troisième de leur poids, mais sans jamais dépasser cette dose. Ces quantités énormes de sérum, introduites dans le tissu cellulaire souscutané, ont été assez rapidement absorbées, ou plus exactement digérées, sans provoquer d'autres accidents que l'apparition dans certains cas, 6 à 10 jours après l'injection d'un exanthème morbiliforme parfois accompagné de quelques élevures urticariennes, d'ordinaire assez pâle, rarement généralisé, presque invariablement apyrétique, sans troubles généraux et toujours de courte durée. Le sérum de génisse vaccinée et plus généralement le sérum de génisse semble beaucoup mieux supporté par l'organisme humain que le sérum de cheval. Quant à l'action du sérum de génisse vaccinée sur l'évolution de la variole, l'auteur attend, pour traiter la question, d'avoir réuni un plus grand nombre d'observations et augmenté, s'il le peut, le pouvoir immunisant de ce sérum, se contentant, pour le moment, de montrer que son application au traitement des varioleux constitue une médication à la fois rationnelle et inoffensive.

De la transmission du cancer humain à l'animal. Sérothérapie du cancer.

M. Louis Dubois. — L'auteur a eu surtout pour but de provoquer chez l'animal une réaction locale suffisante pour permettre de supposer que l'organisme de l'animal a été influencé par les éléments cancéreux inoculés. Il se sert pour ces inoculations de fragments cancéreux obtenus par harponnage, broyés et injectés dans le tissu cellulaire. Il a obtenu de cette manière plusieurs tumeurs, dont la plus volumineuse pesait 570 gr. Trois cas ont été traités par le sérum : un cancer du sein non ulcéré, où une guérison à peu près complète a été obtenue après 45 jours de traitement, la tumeur s'est atrophiée et transformée en un petit nodule fibreux. Le deuxième cas, un épithélioma du front a diminué et s'est affaissé après 35 jours. Dans ces deux cas, 2 à 5 cc. de sérum ont été injectés tous les trois jours dans le voisinage de la tumeur ; on injecta aussi dans la tumeur et à sa périphérie quelques gouttes d'alcool légèrement iodé. Le troisième cas, une récidive d'épithélioma de la lèvre supérieure très ulcéré et fougeux, ne présenta après 23 jours qu'un arrêt dans sa marche, mais aucune tendance à la guérison. Le sérum semble emmener la guérison par transformation fibreuse. Son action est d'autant plus certaine, qu'il est employé plus tôt. Son emploi ne paraît présenter de dangers qu'en cas de lésions étendues.

M. Bard ne croit pas à la réalité du cancer obtenu par greffe sur l'animal : il considère les tumeurs obtenues comme simplement inflammatoires et non néoplasiques vraies ; aussi ne saurait-il considérer ces expériences comme concluantes.

La sérothérapie et la diphtérie à Marseille.

M. d'Astros (de Marseille), chargé d'un laboratoire de recherches pour la diphtérie, a pratiqué, du 1er janvier 1895 au 1er juillet 1896, 1,064 examens bactériologiques, dont les résultats sont : Affections diphtériques pures ou associées (diphtérique pure, 399 ; diphtérique avec streptocoque, 89 ; diphtérique avec staphylocoque, 61 ; diphtérique avec coccus, 106 ; diphtérique avec bacille divers, 13) ; affections non diphtéritiques, 396. La mortalité globale des cas de diphtérie traités par le sérum est de 17,7 0/0. En 1895, le taux de la mortalité brute avait été pour les angines sans croup de 13,8 0/0 ; le croup avec ou sans angine, 36,8 0/0, et après rectification des cas de morts dans les 24 premières heures, respectivement de 11,4 0/0 et 28,7 0/0.

De la polynévrite greffée sur une diathèse nerveuse.

M. le Pr Bernheim (de Nancy). — Le nombre des névrites périphériques s'est singulièrement accru dans ces dernières années, sans doute parce que l'attention éveillée sur cette question les fait mieux reconnaître. La plupart, on le sait, sont d'origine toxique ou infectieuse : le plomb, le mercure, l'arsenic, l'alcool, l'oxyde de carbone, etc. d'une part, la diphtérie, les pyrexies, la fièvre typhoïde, la pneumonie, l'influenza, la syphilis, etc., y donnent lieu par les toxines de leurs microbes. Cette année même j'ai observé deux cas de polynévrite avec paralysie des quatre membres et psychose polynévritique, l'un développé pendant la grossesse, l'autre consécutif à un érysipèle. J'ai vu récemment une polynévrite des quatre membres, une paralysie totale survenir chez un jeune homme d'une forte constitution quatre jours après le début d'une influenza d'apparence bénigne. Mais si l'intoxication minérale, végétale ou microbienne semble jouer le rôle prépondérant dans la genèse de la polynévrite périphérique, ce rôle ne doit pas faire perdre de vue les autres facteurs étiologiques de cette maladie. Voici des faits qui montrent que les émotions nerveuses, la neurasthénie, l'hystérie locale, peuvent engendrer de toutes pièces des névrites périphériques.

Première observation (résumée). — Une jeune femme de 29 ans, nerveuse, impressionnable, sans hystérie antérieure, entre dans mon service le 25 novembre 1895 avec une paraplégie, atrophie musculaire, pieds bots varus-équin paralytiques, griffe plantaire des orteils, impossibilité de redresser ou déplacer le pied droit, quelques légers mouvements dans le gauche, mouvements de la jambe et de la cuisse conservées, absence de contractilité électro-musculaire paralysée. Voici l'origine de cette paralysie. En juillet, la fille de la malade fut victime d'un attentat à la pudeur ; la malade fut impressionnée, mais ne présenta rien de particulier. Deux mois après elle dépose aux assises ; là, fut prise d'une violente terreur, et, bouleversée d'indignation, en entendant l'avocat de l'accusé. Depuis, elle demeura énervée, surexcitée, irritable. Quinze jours

(1) Voir *Progrès médical*, nos 33 et 34.

après, elle fut prise tout à coup de nausées, vomissements, frissons, douleurs dans les membres qu'elle ne put plus remuer. De plus, contracture en flexion de la jambe droite sur la cuisse; puis les orteils s'infléchirent sur les pieds et les doigts sur les mains. Les vomissements alimentaires durèrent quinze jours; les règles arrêtés ne reparurent que 5 à 6 mois après. Un médecin redressa le genou et le maintint avec des attelles. Les douleurs dans les membres persistèrent deux mois. Les mains fléchies se rouvrirent, et à l'entrée de la malade dans notre service, toute contracture avait disparue; seule la paralysie périphérique persistait totale dans les jambes et les pieds, avec abolition des réflexes. En juillet dernier, la régénération commençait à se faire, mais lentement, le varus-équin paralytique persistait.

Deuxième observation. — Une demoiselle de 32 ans entre dans mon service le 4 juillet 1895, avec une polynévrite multiple. Comme antécédents, anémie à 18 ans, impressionnabilité nerveuse à 24 ans. Intelligente, honnête. A l'âge de 27 ans, la malade étant fiancée depuis deux ans, quand les parents s'opposèrent au mariage. De là tristesse, pleurs, inquiétude continue, obsédante. Au bout de 7 mois, première crise gastrique, analogue à celle du tabes avec douleurs épigastriques intolérables et vomissements bilieux. Cela disparut brusquement au bout de 8 jours. Trois mois après, nouvelle crise analogue durant 8 jours. Les crises se répétèrent tous les mois ou tous les deux mois pendant 18 mois. En même temps, légère parésie des membres inférieurs. On pouvait croire à un début de tabes: c'est une polynévrite qui se produisit. Deux ans et demi après le début, elle se manifeste nettement : faiblesse progressive dans les jambes ; au bout de 3 mois, elle ne pouvait plus marcher, et il se produisit une déformation des pieds, pieds bots varus-équin paralytique complet, atrophie considérable des muscles des jambes, jambes de polichinelle, impossibilité de se tenir debout, absence de réaction électrique faradique. En même temps, faiblesse dans les mains, surtout dans les deux derniers doigts de la main droite, impossibilité de coudre et d'écrire. Enfin, en même temps que la paralysie des membres, survinrent des névrites faciales, légère hémiplégie faciale gauche, hydriase droite, parésie du droit externe gauche et diplopie. Ces derniers symptômes persistent encore aujourd'hui. Depuis février dernier, plus de cinq ans après le début, la restauration a commencé dans les membres inférieurs; la malade exécute aujourd'hui tous les mouvements des orteils et des pieds perdus depuis 2 à 3 ans, mais elle ne peut encore se tenir debout sur les jambes. J'ajoute qu'elle n'a jamais eu aucune douleur fulgurante.

Troisième observation. — Une jeune fille de 21 ans entre dans mon service le 10 février 1896 ; toujours nerveuse, impatiente, elle a eu plusieurs crises d'hystérie. Elle entre au service pour une paraplégie nerveuse ; depuis cinq mois, elle ne marche plus, ses jambes plient ; déjà deux ou trois mois auparavant, douleur vive dans les orteils et les mollets et faiblesse dans les jambes. Voici la cause déterminante: cette jeune fille aimait un jeune homme que son père congédia ; de là tristesse, pleurs, mélancolie, elle se cachait jusque dans la cave pour pleurer ; en même temps, malaise général, insomnie, sueurs, anorexie, céphalée, agitation nocturne. Cet état persistait pendant deux mois quand commença la paralysie dans les jambes, avec douleurs dans les mollets.

Croyant à une paralysie hystérique, j'essaie un traitement suggestif et j'arrive rapidement à enlever les douleurs et à faire marcher la malade. Mais je constate qu'elle continue à boiter de la jambe droite, que le pied droit reste toujours dans une certaine position varus-équin et ne peut être redressé complètement, qu'il y a une atrophie notable des muscles des mollets, surtout à droite ; le pied gauche offre aussi un degré de varus-équin, mais moins accentué. La suggestion a dégagé l'état fonctionnel hystérique, greffé sur la marche périphérique qui, elle, reste rebelle à la suggestion. Ces trois observations montrent des conditions étiologiques analogues. En pleine santé survient une émotion morale, vive, suivie d'un état d'énervement et de surexcitation, qui dura de quinze jours à plusieurs mois. Puis, chez les trois, s'ajoutent de la céphalée, des vomissements, l'anévrisme, la suppression des règles. Au bout de quelques semaines seulement, la polynévrite apparaît.

Il est incontestable que dans ces trois cas, une émotion morale vive, éperturbant le système nerveux, a créé des névrites. Faut-il conclure que ces névrites résultent d'une commotion dynamique des nerfs frappés par le choc moral, les observations semblent montrer que tel n'est pas le mécanisme. Chez nos trois malades, la polynévrite a été précédée pendant plusieurs semaines de symptômes généraux, dépression, malaise, vomissements, frissons, etc. ; c'est-à-dire, qu'un état général probablement infectieux a précédé la localisation sur les nerfs périphériques. Il paraît légitime de conclure que la diathèse nerveuse a crée un terrain favorable, à la faveur duquel les microbes inoffensifs de l'organisme sont devenus virulents et ont crée la polynévrite ; polynévrite infectieuse greffée sur une diathèse nerveuse ou hystérique et créée par elle. J'ai vu deux fois une neurasthénie probablement infectieuse, se compliquer de diplopie due à une névrite musculaire d'un œil qui persista plusieurs mois et guérir, en même temps que la neurasthénie On peut donc dire que la diathèse nerveuse ne fait pas seulement de la neurasthénie et de l'hystérie, elle fait aussi des maladies organiques du système nerveux.

Troubles trophiques des dents d'origine hystérique.

M. Paul Sollier (de Paris). — L'hystérie, qui peut amener des troubles trophiques dans tous les membres, peut en provoquer également sur les dents. Il s'agit d'une atrophie de la dent, atrophie qui commence par une érosion de l'émail, de forme arrondie, se montrant par petites étendues, décroissant de la périphérie au centre où la dentine est mise à nu. Une fois l'émail disparu, sans carie sèche ni humide, la dentine, devenue très friable, se désagrège, s'érode, se résorbe de plus en plus. Les nerfs mis à nu deviennent très douloureux spontanément et sous l'influence de tous les contacts. Le collet de la dent n'est presque pas attaqué, la racine l'est plus rarement encore. Ce n'est qu'à la longue que ces parties sont touchées, s'altèrent et se désagrègent. L'auteur a observé ce trouble trophique dans deux cas où il y avait de l'anorexie hystérique ancienne, avec vomissements ayant duré très longtemps et ayant entraîné un état général des plus mauvais. L'évolution fut très rapide, et en quelques mois toutes les dents furent réduites à l'état de chicots douloureux qu'il fallut extraire. Il n'y a pas de déchaussement de la dent, et l'alvéole est saine. C'est uniquement la dent, l'émail d'abord qui est atteinte. Rien n'enraie l'évolution de ce trouble trophique, pas même l'amélioration ou la guérison des autres phénomènes hystériques. C'est bien d'un trouble trophique qu'il s'agit; car dans les deux cas, des dents de sagesse non encore perçues parurent dépouillées en certains points de l'émail, qui, sans doute, ne s'était pas développé. Il n'y a qu'une intervention possible, nécessitée par la douleur continue, qu'aggravent l'état nerveux et la difficulté de nourrir les malades qui ont tant besoin d'alimentation. C'est l'extraction de toutes les dents et l'application d'un appareil de prothèse.

Hématémèses chez un neurasthénique.

M. le Dr E. Ausset (de Lille). — Je rapporte au Congrès un cas analogue à ceux que nous avons déjà signalés, en 1895, avec M. Mesnard (de Bordeaux), à la Société de Biologie. Il s'agit d'un homme de 37 ans, qui eut une première hématémèse à l'âge de 25 ans, à l'occasion d'un travail intellectuel exagéré en vue d'un concours. Puis tout rentra dans l'ordre, et ce n'est qu'au mois de mars 1896 qu'eut lieu le second vomissement de sang, à l'occasion d'une violente contrariété. La veille de cette hématémèse, le sujet était encore en pleine santé. Le sang vomi est très rouge, mais constitué par un mélange avec de l'eau et des mucosités. Au bout de deux heures, il ne s'est pas encore coagulé ; il est siropeux et adhère légèrement au fond du vase; la quantité totale du liquide est d'environ 200 grammes. L'examen de tous les organes ne donne rien d'anormal, sauf un peu de dilatation de l'estomac. Pas de troubles de la sensibilité générale ni spéciale. Réflexes normaux. Céphalée très violente, du reste assez fréquente chez ce malade. Le cuir chevelu est, chez lui, très sensible habituellement. L'insomnie est aussi fréquente chez lui ; aussi son caractère s'en ressent-

il, et la moindre contrariété l'abat. La mémoire est intacte.

a) Ce malade est très inquiet de son état. Quand on l'interroge, surtout sur ses fonctions digestives, il est d'une prolixité remarquable; ont voit qu'on touche le point sensible. Il se croit atteint d'une affection grave de l'estomac, se préoccupe constamment de l'état de sa langue. Outre le léger degré de dilatation signalé plus haut, il a des pesanteurs d'estomac, quelques crampes après les repas; quelques éructations; pas de vomissements. Le chimisme stomacal nous montre qu'il existe un léger degré d'hypochlorhydrie et que cet homme a une dyspepsie nervo-motrice peu accentuée. La tuberculose pulmonaire, l'ulcère rond et le cancer de l'estomac étant éliminés, il ne peut s'agir que d'une hématémèse nerveuse, non pas hystérique, puisqu'il n'y a chez ce malade aucun signe de la grande névrose, mais bien neurasthénique puisque l'on rencontre au contraire chez lui la plupart des signes classique de la neurasthénie.

Etude graphique sur le tremblement sénile.

MM. E. Meyer et Pierre Parisot. — Voici les principales conclusions de ce travail. Qu'il s'agisse de cas anciens ou récents, le tremblement sénile est un tremblement continu constitué par une série d'oscillations inégales entre elles, sans qu'il y ait de régularité dans leurs variations. Cette persistance du tremblement au repos disparaît d'autant plus naturelle que le tremblement, dans des proportions minimes, est un phénomène existant à l'état normal, mais dont la démonstration nécessite des appareils d'une sensibilité extrême, en d'autres termes, il existe un *tremblement physiologique*, ce tremblement est indépendant du tracé de la pulsation artérielle. La mise en jeu des centres nerveux provoque l'exagération du tremblement sénile en dehors de toute activité propre de la main en expérience. Par addition de poids croissant, l'amplitude des oscillations augmente dans l'effort croissant et décroissant; cette augmentation est surtout marquée au début de la variation de l'effort, elle l'est plus à l'effort croissant qu'à l'effort décroissant. Cette augmentation d'amplitude n'est que momentanée. Le tremblement sénile persiste toujours aussi bien dans le cas de mouvements commandés que dans le cas de mouvements volontaires spontanés; il augmente d'amplitude et cette augmentation débute quelques instants avant que la main ne soit arrivée à destination. Les oscillations, chez le même malade, dans toutes les conditions, restent sensiblement isochrones. Le rythme du tremblement sénile varie de 4 à 6 oscillations par seconde.

Crises épileptiformes et fibromes utérins.

M. Frœlich. — L'auteur rapporte une observation, dans laquelle des crises typiques d'épilepsie avec morsure de la langue et évacuation involontaire d'urine se manifestant chez une personne de 30 ans en même temps que des hémorrhagies très abondantes dues à des fibromes utérins. Pendant dix ans, il y eût un développement parallèle des fibromes et des hémorrhagies et du nombre des crises épileptiques malgré un traitement intensif et intempestif par le bromure. A 40 ans, la malade arrivée au dernier degré de la cachexie physique et morale fut opérée par l'auteur d'hystérectomie abdominale; la tumeur pesait 16 livres. Le pouls reste à 48 pulsations pendant deux jours à la suite de l'intervention. Les suites opératoires furent normales. Après l'intervention, les crises furent beaucoup plus fréquentes qu'avant, grâce à une prédiction faite à la malade, prédiction dont elle avait été frappée. Depuis six mois, les crises s'espacent de nouveau et la malade souvent parvient par la volonté à les empêcher de se produire. L'auteur espère que ces crises finiront par disparaître complètement dès que l'état général de la malade se sera complètement relevé. Il les attribue : 1° au développement de la tumeur et à la profonde anémie qui en fut la conséquence; 2° à l'irritation stomacale produite par l'ingestion de quantités exagérées de bromure; 3° au nervosisme que les deux causes précédentes avaient produit chez la malade. Le premier facteur a été détruit par l'opération; les deux autres cessèrent par le fait même; l'amélioration progressive de l'affection paraît donner raison à cette interprétation.

Discussion.

M. Bernheim. — J'ai observé des faits analogues où des crises épileptiformes étaient associées à une inflammation des organes génitaux. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait albuminurie pour observer les crises épileptiformes; la compression suffit à les produire.

M. Vautrin. — La dégénérescence scléro-kystique des ovaires amène des crises d'épilepsie. Après ablation des ovaires ou une opération sur les trompes, ces accidents peuvent s'amender; ce sont des réflexes qui proviennent de l'inflammation des annexes. Ce sont des crises nerveuses, pas toujours épileptiformes. Il ne suffit pas d'enlever les ovaires pour les détruire, car on voit survenir parfois de la manie ou de la folie.

M. Crocq. — Une impression d'origine périphérique peut produire des réactions d'origine centrale. Le cas présent en est un exemple. Une inflammation peut suffire. On ne peut invoquer qu'un réflexe. On observe des crises analogues à la suite des affections gastriques. Les expériences de Brown-Séquard, rendant épileptiques un lapin à qui il a coupé le sciatique, le prouvent. J'ai rencontré en clinique des cas semblables.

Contribution anatomo-pathologique de la moelle dans la fièvre typhoïde.

M. Voinot, chef des travaux d'anatomie pathologique (de Nancy). — J'ai examiné dix moelles de fièvre thyphoïde et leurs racines nerveuses. J'y ai trouvé constamment des lésions qui portent : 1° sur la myéline qui tantôt a disparu du tube nerveux, tantôt est réduite à un anneau, à un croissant, à des granulations situées contre la névroglie ou la gaine de Schwann; 2° sur le cylindre-axe qui est souvent déplacé et déformé. Fréquemment, il est gonflé, étoilé, dissocié même; 3° sur les cellules nerveuses qui sont intéressées dans leur protoplasma, leurs noyaux et leurs prolongements. La névroglie, le tissu conjonctif et les vaisseaux n'offrent aucune lésion. La fièvre typhoïde produit donc des altérations constantes de la moelle et de ses racines. Le degré de ces altérations varie suivant les cas; c'est ce que je montrerai prochainement.

Sur un cas de paralysie labio-glosso-laryngée d'origine cérébrale.

MM. Picot et J. Hobbs (de Bordeaux). — Les auteurs apportent au Congrès l'histoire clinique et anatomo-pathologique complète d'un malade qui a succombé à une paralysie labio-glosso-laryngée d'origine cérébrale, diagnostiquée pendant la vie. Il s'agissait d'un homme de 66 ans ayant eu auparavant plusieurs ictus apoplectiques suivis d'hémiplégie droite ou gauche et qui trois mois avant son entrée à l'hôpital, a été pris subitement d'une paralysie frappant d'emblée les lèvres, la langue, le pharynx et le larynx. Le voile du palais et les muscles masticateurs étaient respectés. L'articulation des mots et la phonation étaient supprimés. Le premier temps de la déglutition ne pouvait être effectué par suite de la paralysie de la langue, qui n'était pas atrophiée et dont les fonctions sensorielles et sensitives avaient persisté. Pas d'hypersécrétion salivaire. Le réflexe pharyngien avait disparu; par contre, le réflexe massétérin était exagéré. Pas d'anomalies dans les réactions électriques; pas de paralysie des membres. La soudaineté et la simultanéité des accidents paralytiques fait porter le diagnostic de paralysie labio-glosso-laryngée d'origine cérébrale, étant donné les ictus apoplectiques antérieurs. Du reste, la marche de la maladie vint confirmer le diagnostic; le malade mourut cinq mois après son entrée à l'hôpital; par conséquent huit mois après le début de son affection, sans que celle-ci ait varié un seul instant ni sans avoir progressé. Les ptérygoïdiens n'ont jamais été atteints. A peine, peut-on dire que le sujet a présenté des signes de paralysie diaphragmatique quelques heures avant sa mort.

A l'autopsie, on trouve dans l'épaisseur des méninges des petites tumeurs kystiques (qui ne sont pas dues à des cystiocerques), de volume variable d'un pois à une noisette comprimant l'écorce cérébrale : 1° à droite, sur la première frontale au niveau du pli de passage qui relie cette circonvolution à la frontale ascendante et au niveau de la première temporale

à trois centimètres en avant du fond de la scissure sylvienne; 2e à gauche, sur la moitié de la hauteur des frontale et pariétale ascendantes. Les artères sont légèrement athéromateuses. Sur des coupes pratiquées sur l'hémisphère droit parallèlement à la scissure de Rolando, on trouve au niveau de la frontale ascendante dans le noyau caudé, en avant de la couche optique, une petite perte de substance du volume d'un pois, de couleur ocreuse; limitée en bas par une mince couche optique, en haut et en dehors par la capsule interne et en avant par un vestige du noyau caudé non complètement détruit. Sur la coupe, passant à un centimètre en avant de la frontale ascendante, on trouve une perte de substance située en dehors du noyau lenticulaire à la partie la plus inférieure de l'insula, ayant détruit le tiers externe de la capsule externe et de l'avant-mur. Sur l'hémisphère gauche, on trouve dans le tiers antérieur du lobe frontal, au milieu du centre ovale, un petit foyer gros comme une lentille de couleur ocreuse. Rien à l'œil nu sur des coupes du bulbe et de la protubérance. Les pièces sont fixées par le liquide de Muller et y restent plongées trois mois. Après déshydratation, enrobement à la celloïdine, coloration : 1° par la méthode de Pal; 2° par le picro-carmin des Français; 3° par l'éosine hematoxylique, nous concluons à l'existence de foyers hémorrhagiques anciens, siégeant dans le cerveau, à l'intégrité de tous les noyaux bulbaires des nerfs craniens, à l'intégrité des grandes cellules des cornes extérieures et du faisceau pyramidal dans la moelle cervicale. La langue et les nerfs périphériques n'ont pas été examinés. Les examens nécropsique et microscopique sont donc venus confirmer le diagnostic porté en clinique de paralysie labio-glosso-laryngée d'origine cérébrale, due selon toute probabilité à deux foyers d'hémorrhagie ancienne, ayant détruit à droite une partie du noyau caudé et de l'avant-mur et accessoirement à un petit foyer siégeant dans le milieu de la portion antérieure du centre ovale gauche.

Séance du Samedi 8 août (matin).

Le pronostic des albuminuries.

M. Arnozan. — Les albuminuries n'aboutissent pas également à l'urémie et à la chronicité; aussi doit-on poser le difficile problème du pronostic des albuminuries.

I. Les albumines urinaires. — Les connaissances chimiques actuelles ne permettent pas encore de différencier nettement les corps albuminoïdes en général, ceux de l'urine en particulier. Outre les peptones et les propeptones, on y trouve distinctement de la sérine, de la globuline et de la nucléo-albumine. Mais on ignore s'il n'en existe pas d'autres variétés dont chacune correspondrait à un processus spécial.

II. Valeur séméiologique de l'albuminurie. — 1° *De l'albuminurie physiologique.* — L'albumine ne se rencontre pas dans l'urine normale. Parfois, on trouve de l'albumine dans des urines de personnes semblant bien portantes; mais chez elles il faut réserver l'avenir. Ces albuminuries varient sous les mêmes influences que l'albuminurie franchement pathologique. Il est probable que l'opinion de Lecorché et Talamon, qui fait toujours de l'albuminurie un phénomène pathologique, finira par triompher.

2° *Peu d'importance de la quantité d'albumine urinaire.* — Le plus souvent. la quantité d'albumine que contient l'urine n'a aucune influence sur l'état du malade et n'offre pas de valeur pronostique bien grande.

3° *Théories pathogéniques de l'albuminurie.* — Le ralentissement de la circulation rénale, des altérations du sang, les lésions du rein peuvent causer l'albuminurie. Les altérations du sang peuvent irriter le filtre rénal et y déterminer des lésions causant l'albuminurie. Quant à l'élimination des albumines infectieuses, c'est une dépuration utile et tutélaire du sang par le rein. Les lésions épithéliales du rein, très variables, si elles se rapprochent du processus que l'on appelle inflammatoire, peuvent donner lieu à l'excrétion d'albumine provenant de l'exsudat inflammatoire de l'épithélium du rein, analogue aux exsudats de toutes les muqueuses enflammées.

4° *Signification pathologique de l'albuminurie.* — L'abondance, les variations de l'albumine n'ont pas grande valeur séméiologique. Ce qui a le plus d'importance, c'est l'examen des éléments figurés de l'urine et la composition chimique de l'albumine qui peut renseigner sur la nature des lésions rénales. Malgré cela, la présence de l'albumine dans les urines est très importante, indiquant des désordres dans le rein et ses fonctions.

III. Pronostic des néphrites infectieuses et des néphrites toxiques. — Une foule de conditions peuvent déterminer l'albuminurie. Elle constitue le mal de Bright, quand elle s'accompagne d'œdèmes, de troubles cardiaques, toxiques et d'urémie. Le mal de Bright est d'un mauvais pronostic; mais toutes les albuminuries n'y aboutissent pas. La plupart des infections aiguës (staphylococcie, streptococcie, colibacillose) déterminent des néphrites infectieuses; certaines, comme la diphtérie, le choléra, agissant en même temps par leurs toxines, causent des néphrites toxi-infectieuses. Ces deux sortes de néphrites déterminent de l'albuminurie. Le plus souvent cette albuminurie passe avec la maladie infectieuse. Mais, si cette dernière a eu une localisation spéciale sur le rein, l'albuminurie peut survivre à la convalescence et le malade est sur le chemin du mal de Bright. Le pronostic est alors sombre.

IV. Les albuminuries toxiques. — Le chloroforme, la cantharide, nombre de médicaments, tels que le sulfonal, le trional, la créoline, l'acide borique, l'hydrogène arsénié, le bismuth, le phénylhydroxylamine peuvent amener de l'albuminurie. Le pronostic de ces diverses albuminuries toxiques reste à établir.

V. L'albuminurie cyclique et l'albuminurie minima. — Il arriva parfois que l'albuminurie affecte une forme cyclique ou intermittente apparaissant par exemple, dans les urines du jour, disparaissant dans celles de la nuit. Il a remarqué que dans ces albuminuries cycliques la quantité de l'albumine était en raison directe de la toxicité de l'urine. La décharge d'albumine par le rein accompagne l'excrétion d'une grande quantité de produits toxiques. On observa un phénomène analogue et dû sans doute aux mêmes causes dans l'albuminurie permanente chronique. L'albuminurie cyclique est un phénomène intéressant; mais on ne saurait en faire une maladie particulière.

L'albuminurie minima serait une altération analogue à l'albuminurie cyclique. Ce serait sans doute les dernières traces d'une néphrite infectieuse, les débuts latents d'un mal de Bright, ou bien encore les manifestations d'une auto intoxication légère.

VI. Albuminuries dans les maladies chroniques. — *Albuminurie cardiaque.* — Elle est due au début, du moins au ralentissement de la circulation. Sa quantité est en raison inverse de la quantité d'urine rendue. L'urine rare donne en 24 heures la même quantité d'urée et le chiffre physiologique des matériaux azotés d'extraction. Ce qui est d'un bon pronostic et prouve que le rein n'est pas lésé. Cette albuminurie guérit quand, par un traitement bien conduit, on relève la tension artérielle. Toutefois le rein des cardiaques peut s'altérer et finir par donner lieu au mal de Bright.

Albuminurie dans les auto-intoxications. — L'auto-intoxication joue un rôle important dans la pathogénie des albuminuries et par suite dans leur pronostic. La dilatation de l'estomac, les entérites, l'étranglement interne, les maladies de foie, le surmenage, les brûlures, le froid, les dermatoses, etc., causent des albuminuries de ce genre.

Une auto-intoxication très aiguë peut déterminer une néphrite aiguë véritable avec ses conséquences.

Les auto-intoxications plus faibles disparaissent d'elles même le plus souvent et avec elles les albuminuries qui en dérivent; néanmoins, si le symptôme est de durée trop longue, une néphrite chronique peut s'établir.

Albuminurie dans les maladies du système nerveux. — Dans ces maladies. l'albuminurie est rare, malgré les hypothèses que firent germer l'expérience de Cl. Bernard provoquant l'albuminurie en lésant le quatrième ventricule.

Albuminurie des diabétiques. — Dans le diabète, on note fréquemment de l'albuminurie. Le sucre généralement diminue quand l'albumine augmente; mais ce n'est pas d'un bon pronostic. Une néphrite peut s'établir. L'augmentation de l'albumine de façon progressive est un signe d'aggravation de la maladie.

Albuminurie chez les tuberculeux. — L'albuminurie dans la tuberculose est très fréquente, mais elle relève de causes multiples.

Elle peut être le signe de la tuberculose rénale. La marche de la maladie sera alors lente, mais irrémédiable.

Elle peut provenir d'auto-intoxication, si le tuberculeux a la fièvre, le foie congestionné l'estomac dilaté, etc. Elle peut être encore due à une néphrite toxique, produite sous l'influence irritante de la tuberculine. Cette dernière se manifesterait probablement dans les cas de tuberculose atténuée et dans ce cadre rentrerait l'albuminurie prétuberculeuse.

VII. Albuminurie héréditaire des nouveau-nés. — L'Albuminurie de la mère se transmet directement au nouveau-né. L'enfant né d'une mère albuminurique et surtout éclamptique est prédisposé plus qu'un autre. Le rôle de l'hérédité dans les néphrites est bien établi.

Conclusion. — L'albuminurie reconnait deux grandes séries de causes : les infections et les intoxications : si ces causes se manifestent violemment, le rein se les organise et le pronostic est très grave. Si elles sont modérées, le pronostic est benin, à moins que la mauvaise hygiène, l'hérédité, une trop longue durée de l'action nocive ne finissent par amener la néphrite chronique qui évoluera en dehors des causes primordiales.

M. Talamon. — Eléments du pronostic de l'albuminurie. — 1° *Les caractères de l'albuminurie.* — La *quantité* n'est pas un élément absolu de pronostic, mais elle peut guider dans certains cas; les variations de quantité de l'albumine peuvent donner lieu à des déductions pronostiques utiles. La *qualité* de l'albumine ne paraît pas en l'état actuel de la science être un élément précieux. On a cependant ajouté une certaine importance aux variations du *quotient albumineux*, rapport de la globuline à la sérine. L'abaissement de ce quotient serait d'un mauvais pronostic. M. Talamon n'ajoute pas non plus une grande importance aux variations quotidiennes (alb. cycliques, intermittentes, minima, etc.). L'étude de ces variations peut néanmoins être utile dans la direction du traitement.

2° *Composition du milieu urinaire.* — Le taux de l'urée et des matières extractives et l'examen des éléments figurés pouvant renseigner sur l'état fonctionnel et anatomique du rein ont une grande valeur pronostique.

3° *Conditions étiologiques et pathogéniques.* — L'étude de ces conditions est encore d'une grande importance. Les troubles circulatoires, les infections et les intoxications peuvent produire l'albuminurie. Cette dernière souvent dépend de la cause qui l'a produite et de l'évolution de cette cause.

4° *Conditions individuelles du sujet atteint.* — Les âges *extrêmes* sont pour l'albuminurie des facteurs d'aggravation. L'hérédité a une influence indiscutable ; le plus souvent elle ne change pas le pronostic immédiat, mais elle doit faire réserver le pronostic à venir.

5° *Phénomènes associés ou connexes en rapport avec l'albuminurie.* — Les troubles d'ordre circulatoire aggravent souvent le pronostic (hypertrophie du cœur, bruit de galop, œdèmes, anasarque). Les phénomènes nerveux formant les grands symptômes de l'urémie sont d'une gravité exceptionnelle ; il en est de même d'une foule de symptômes: céphalée, troubles visuels, auditifs, sensitifs, hyperesthésies, myalgies, névralgies, etc., qui font craindre l'imminence de l'uremie. Il ne faut pas s'en laisser imposer par les accidents dus à des névroses concommittantes. L'état général joue encore là le rôle important qu'il tient dans toute maladie.

Pronostic des variétés d'albuminuries. — Les *albuminuries fébriles* se lient en général à un processus aigu, transitoire et rapidement curable ; mais, si toutes peuvent guérir complètement, toutes peuvent persister sous une forme plus ou moins chronique.

Les *albuminuries cardiaques* sont moins graves chez les mitraux que chez les aortiques.

L'*albuminurie saturnine* devient grave à la longue ; le pronostic dépend à la fin de la résistance du cœur, indiquée par l'abondance de la polyurie.

L'*albuminurie goutteuse* peut guérir, mais demande qu'on réserve le pronostic tant qu'elle se manifeste.

L'*albuminurie diabétique* est grave; elle gêne le traitement du diabète. La diminution concommittante du sucre est d'un très mauvais pronostic.

L'*albuminurie gravidique* qu'il ne faut pas confondre avec l'albuminurie puerpérale, est très rare. Dans ces cas, les pronostics prochain et éloigné doivent être réservés.

Les *albuminuries tuberculeuses* sont surtout d'un pronostic très rapidement fatal, quand elles sont purulentes, hémorrhagiques ou polyuriques.

Les *albuminuries syphilitiques* précoces peuvent tuer, guérir ou passer à l'état chronique. Les albuminuries syphilitiques tardives sont toujours associées à des lésions rénales et présentent les symptômes du mal de Bright.

Les *albuminuries minima* sont le plus souvent d'un pronostic immédiat favorable ; mais le pronostic futur doit être assez réservé.

Les *albuminuries brightiques* sont toujours graves immédiatement. Le péril immédiat peut être conjuré, tant qu'il est possible de relever et de maintenir la tension artérielle.

La guérison fonctionnelle de la maladie de Bright est possible quand elle est aiguë ; mais il faut pour cela : 1° que l'albuminurie disparaisse complètement; 2° que la polyurie critique ne persiste pas et que l'excrétion de l'eau devienne normale ; 3° que la proportion des principes constituants de l'urine remonte et reste au taux physiologique; 4° que le cœur ne s'hypertrophie pas; 5° que ces conditions persistent durant plusieurs années.

Du pronostic des albuminuries.

M. Tessier (de Lyon). — Il faut absolument distinguer l'albuminurie intermittente cyclique des autres albuminuries résiduales et *a minima*, car elle est d'un pronostic excellent. Depuis douze ans que je suis vingt-huit malades atteints de cette affection, j'ai pu me convaincre de son inocuité. Plusieurs ont eu des maladies intercurrentes; des jeunes femmes ont eu des grossesses sans que des accidents de néphrite ne soient survenus. Le diagnostic exact est très important, car j'ai vu un jeune officier être réformé, des hommes refusés à des assurances sur la vie, des jeunes filles renoncer au mariage, sur l'affirmation faite par le médecin de la gravité de leur albuminurie. Or, je le répète, elle est tout à fait bénigne et ne doit pas effrayer pour l'avenir. Quant à la pathogénie de l'albuminurie cyclique, j'admets toutes les controverses, et je suis séduit par l'explication ingénieuse donnée par M. Arnozan.

Sur quelques cas de nucléo-albuminurie pure.

M. Schmitt (de Nancy) estime que, dans cette question des albuminuries, il importe beaucoup plus que certains auteurs le pensent de tenir compte de la variété d'albuminurie éliminée par l'urine. L'auteur a recherché l'albumine sur l'urine de 65 enfants résultant d'un premier triage, âgés de 9 à 15 ans; appartenant à la classe aisée, placés dans de bonnes conditions hygiéniques, soumis à un même régime, aux mêmes exercices et présentant tous les caractères d'une santé parfaite; il en a trouvé sept dont l'urine contenait de l'albumine. De ces sept, il y a lieu d'en éliminer deux albuminuriques vulgaires (sérinuriques) à la suite d'une scarlatine remontant à quelques mois. Les cinq autres parfaitement bien portants n'ont jamais eu de maladie infectieuse, aucun antécédent néphritique personnel ou héréditaire ; leurs urines normales d'ailleurs au point de vue de la quantité, de la toxicité, de la constitution chimique (avec cependant une légère exagération habituelle des urates et des phosphates), et des éléments figurés, contiennent une quantité d'albumine, faible d'ailleurs, en général inférieure à 50 centigrammes par litre (urines totales), bien que dans telle ou telle émission il y en ait 3, 4, 5 grammes pour 0/00 et même davantage.

Albuminurie intermittente diurne, mais se montrant à des moments tres variables, sans que la station, la marche, les exercices physiques ou intellectuelles, l'alimentation aient une influence réelle sur différents cas de l'albumine. Aucun ne préprésente le cycle de Tessier, mais l'émission albumineuse est habituellement précédée de l'émission d'une urine chargée de carbonate et de phosphate. Cette albumine présente, au point de vue chimique, les caractères d'une *nucléo-albumine*, sans trace d'autre matière albumineuse.

Dans deux autres cas, il s'agit encore de *nucléo-albumine pure*. Chez une jeune femme qui, depuis 15 ans, vit survenir les manifestations suivantes : accidents nerveux, suppression menstruelle, accès de chlorose aiguë, nucléo-albuminurie intermittente passagère ; deux grossesses et une atteinte grave d'influenza, dans l'intervalle de ces crises, n'ont eu aucune action sur l'urine et ne se sont accompagnées d'aucun accident fâcheux. Chez une fillette qui plusieurs mois de suite présente, à des intervalles réguliers, avec des douleurs sacrées et ovariques, une nucléo-albuminurie intermittente; elle cesse dès que la menstruation s'établie d'une façon définitive. Enfin, deux jeunes épileptiques voient chaque crise d'épilepsie suivie d'émission d'une urine albumineuse, *nucléo-albuminurie* passagère, qui cependant se prolonge deux ou trois jours après la crise, quand l'état de mal persiste. Cette nucléo-albuminurie établit un fort contact avec les albuminuries intermittentes, périodiques, nerveuses ou dans quelqu'une de leurs variétés. C'est un premier point à élucider.

Quant à la pathogénie de cette nucléo-albuminurie pure, l'auteur ne saurait admettre qu'une transformation inflammatoire non épithéliale de stubuli suffise à l'expliquer dans les cas qu'il a observés; il admet, et espère arriver à le démontrer expérimentalement, que cette nucléo-albuminurie n'a rien à faire avec une altération rénale, qu'elle dépend exclusivement d'une modification de la stase sanguine, due elle-même à un trouble de nutrition, à une destruction globulaire, à des troubles de l'hématropoïèse, se produisant dans des conditions particulières qu'il reste à déterminer.

Les bains d'air chaud dans l'albuminurie et de leur action.

M. le Pr Carrieu (de Montpellier). — L'emploi des bains d'air chaud dans le traitement des albuminuries, très ancien, mais délaissé de nos jours, a fait l'objet de notre étude. Nous les préférons aux bains de vapeur, qui ont de nombreux inconvénients (congestions, sudation irrégulière) et aux bains chauds qui ne produisent pas de sudation. La peau est, en effet, un émonctoire important, par lequel s'éliminent bien des matériaux solides et beaucoup de toxines. La sudation produite par le bain d'air chaud soulage donc le rein, en dirigeant vers une autre voie une partie des principes qu'il doit éliminer et qui viendraient l'encombrer. De plus, l'application de la chaleur au tégument externe a pour effet de régulariser les échanges, tout comme les autres excitations (frictions à la brosse, au gant de crin, etc.) et les albuminuriques sont souvent des malades chez lesquels les combustions se font mal, sont déviées du type normal. Le bain d'air chaud remplira deux indications capitales; il allègera le rein par la sudation abondante et régularisera les échanges organiques. La façon de donner ce bain est des plus simples : un lit d'hôpital avec cerceau pour soutenir les couvertures, un fourneau à l'alcool avec tuyau se rendant sous les couvertures en font les frais. Le malade est mis dans le lit, *la tête hors des couvertures pouvant ainsi respirer à l'air libre* et on le laisse dans un air chauffé à 40°, durant vingt minutes. Cette opération est répétée tous les quatre jours en moyenne. Les effets physiologiques immédiats sont: une sensation de chaleur qui n'est nullement désagréable, une sudation abondante accompagnées d'accélération du pouls (vingt pulsations de plus en moyenne) et d'élévation thermique (1° à 2°). La respiration n'est nullement embarrassée, *le malade respirant à l'air libre*. Il n'y a aucun accident, sauf quelques palpitations et de la céphalée dans les premières séances. Ces effets sur la température, la sueur et le pouls persistent une heure après le bain. Les effets thérapeutiques sont marqués par la modification des urines : la quantité diminue le lendemain du jour du bain; le surlendemain de la polyurie passagère apparait (jusqu'à 400 cc.) ; il semble que le rein reposé la veille fonctionne avec plus de facilité. La densité suit une marche inverse, fait à prévoir. L'urée ne subit guère de modifications. L'albumine diminue fortement de quantité le lendemain du bain, augmente plus tard, mais sans revenir au chiffre antérieur: ce qui produit peu à peu une diminution persistante et même la disparition complète. Ces bains sont indiqués dans les cas de néphrite subaiguë et chronique épithéliales, proscrits, au contraire, dans les formes vasculo-conjonctives, Ils sont contre-indiqués lorsqu'il coexiste de l'artériosclérose, du nervosisme ou des lésions cutanées. Ce travail est appuyé sur sept observations où l'influence toujours utile et souvent curative de ces bains est évidente.

M. Crocq établit d'abord que l'albuminurie peut avoir sa source dans tous les points de l'appareil de la miction: c'est toutefois uniquement de l'albuminurie rénale qu'il s'agit ici. Or, celle-ci offre les catégories suivantes : 1° Albuminurie accidentelle et passagère; 2° Albuminurie congestive des maladies aiguës; 3° Albuminurie par stase mécanique; 4° Albuminurie des néphrites ; 5° Albuminurie des lésions organiques ; 6° Albuminurie toxique et microbienne. Toutefois l'albuminurie reconnaît dans tous les cas un point de départ toujours le même : c'est la desquamation de l'épithélium, qui amène sur tous les points de l'organisme la transsudation d'une sérosité albumineuse. Il n'y a donc pas d'albuminurie physiologique ; elle est impossible ; mais elle peut être passagère, transitoire si la lésion elle-même l'est, si l'épithélium desquamé se régénère rapidement. Est-elle, au contraire, durable et profonde ? Alors l'albuminurie aussi sera persistante et son diagnostic offrira une gravité plus ou moins considérable, toujours en rapport avec la lésion fondamentale, en tenant compte, bien entendu, des conditions constitutionnelles du patient.

M. Bard. — On a trop négligé les albuminuries fonctionnelles. Il est intéressant aussi de chercher le pronostic dans le brightisme. Ce qui importe surtout, c'est non l'état actuel du rein, mais l'évolution intérieure de la lésion. On n'a presque pas nommé les néphrites épithéliales, et dans celles-ci, les cylindres donnent les meilleurs renseignements. Au début, ils sont minces; quand les tubes sont dilatés, ils grossissent. De plus, dans les poussées, les cylindres sont opaques, granuleux, par l'abondance d'épithélium; dans les périodes de calme, les cylindres sont clairs, pauvres en éléments épithéliaux.

On a cité aussi mon nom dans les rapports, à propos des albuminuries cicatricielles : on m'a fait dire qu'elles étaient toujours des albuminuries minima. Jamais telle n'a été ma pensée. Quelquefois, cela est vrai, mais pas toujours. Ce que j'ai dit, c'est qu'il peut y avoir persistance de l'albumine après les néphrites, sans que le pronostic soit très grave. Je crois qu'il faut attribuer cette albumine à des lésions cicatricielles, partielles du rein. J'insiste sur trois points : l'importance des cylindres, l'importance des poussées actives, et enfin la longue survie, quand il y a des cicatrices.

Pronostic chimique de l'albuminurie.

M. Linossier. — La séparation des albumines urinaires en espèces distinctes est actuellement impossible ; mais la vitesse de production du précipité dans le procédé de Heller-Gubler, la limitation plus ou moins nette de l'anneau, ont une certaine importance. Le retard dans la formation de l'anneau, sa diffusion plus grande, son opacité moindre, sa formation dans la partie élevée du verre à expériences sont des signes de pronostic favorable.

Les albumines de l'urine.

M. Garnier (de Nancy). — Je veux traiter la question des albuminuries au point de vue chimique. Il peut exister dans l'urine quatre variétés d'albuminoïdes : 1° une matière qui paraît identique à la sérine; 2° une matière qui paraît identique à la globuline du sang; 3° des propeptones; 4° la nucléo-albumine. Les propeptones n'existent pas dans le sang : d'où viennent-elles donc? De certains foyers purulents la causent dans l'organisme; elle est déversée dans le sang exceptionnellement. La nucléo-albumine est éliminée d'une façon constante par le rein, mais seulement à l'état de trace, que les réactifs ordinaires ne révèlent plus. Quand elle est exagérée, il y a albuminurie évidente. Pour la révéler, cliniquement, il faut diluer l'urine de deux ou trois fois d'eau et traiter par l'acide acétique et laisser reposer ; le dépôt est un peu louche et n'est pas dissout par un excès d'acide chlorhydrique. La nucléo-albumine existe dans le lait, et on soumet les néphrétiques au régime lacté. Je me suis soumis au régime lacté pendant quatre jours, à quatre litres par jour. Je n'ai pas décélé de nucléo-albumine dans mes urines. Donc on peut dire que la nucléo-albumine absorbée ne passe pas dans les urines. La

nucléo-albumine doit être considérée comme ayant une origine néphrétique, et non hématique.

M. Barthélemy. — Il faut distinguer, dans la syphilis, les albuminuries précoces qui guérissent par le mercure, et les albuminuries tardives qui sont dues à une néphrite interstitielle et qui contredisent le mercure.

Du pronostic des albuminuries.

M. E. Cassaet (de Bordeaux). — Avant d'étudier la valeur relative des principaux signes capitaux de l'albuminurie, il est nécessaire de se rappeler que, si le rein est un filtre, il est aussi un filtre électif, c'est-à-dire qu'il élimine certaines substances avec une rapidité plus grande que ne le comporterait le titre de leur solution dans ce sérum sanguin. Tout le monde connaît l'élimination spécifique de l'urée en regard de l'eau, l'urée se trouvant dans l'urine en proportion 52 fois plus forte que dans le sang.

Ceci étant posé, la proposition aussi séduisante qu'originale de M. Arnozan, à savoir qu'une inflammation préalable de l'épithélium est nécessaire pour qu'il y ait albuminurie, paraît trop absolue. L'expérimentation a prouvé, en effet, que l'injection intra-veineuse d'albumine du blanc d'œuf est bientôt suivie d'albuminurie de même nature. Ces résultats sont applicables à la pathologie humaine. Il est prouvé, en effet, que les albuminoïdes divers ne se différencient que par leur groupement moléculaire, de sorte qu'il est difficile d'isoler certains d'entre eux qui se trouvent transitoirement dans le sang, au titre de substance anormale, et pour lesquels il n'est aucune certitude qu'ils ne puissent être éliminé par simple filtration.

La quantité d'eau urinaire est-elle toujours un facteur certain du pronostic, comme le veut M. Talamon? Le fait n'est pas prouvé davantage, au moins au doit de l'albuminurie. Une question préalable devrait être élucidée, en effet: Si le rein est dans certaines circonstances un simple filtre pour l'albumine, n'est-il pas un filtre électif pour elle, quand elle est étrangère au sérum normal, ou bien celle-ci s'élimine très proportionnellement à sa terreur dans ce sérum? Tant que ce facteur ne sera pas établi d'une manière sûre, on ne pourra savoir si dans tel cas, vis-à-vis d'une certaine quantité d'eau, une plus ou moins grande quantité d'albumine est importante. La proposition pourrait être renversée.

La question de congénitalité est bien certaine et la reconnaissance d'une lésion rénale ayant entraîné la mort chez les ascendants ne doit pas être négligée, puisque sur cinq fœtus de mères éclamptiques, morts peu de temps après l'accouchement, j'ai cinq fois trouvé des lésions identiques à ceux de la mère. Dans ces cinq cas, elles frappaient le foie au même titre que le rein.

M. Carrieu. — La question de l'indication des purgatifs dans les albuminuries est très controversée. Or, dans un cas, nous avons vu une forte chute d'albumine, succédant à l'administration d'un purgatif. Dans un deuxième cas, le purgatif a donné une disparition presque complète de l'albumine. Dans un troisième cas, l'hématurie a disparu. Nous n'avons pas noté d'accidents provoqués par le purgatif.

Séance du Samedi 8 août (soir).

Essai de traitement de la chlorose par l'ovaréine.

MM. Spillmann et G. Etienne. — Les phénomènes morbides qui précèdent souvent la menstruation peuvent être considérés comme le résultat d'une intoxication disparaissant quand les règles s'établissent. Or, on connaît la fréquence des troubles menstruels dans la chlorose. La glande ovarienne peut être considérée : 1° comme une glande ayant une sécrétion externe, celle de l'ovule; 2° oomme une glande chargée d'éliminer, par le sang menstruel, l'excès des toxines organiques; 3° enfin, comme une glande pourvue d'une sécrétion interne, de même que les testicules, sécrétion interne ayant un rôle important dans la nutrition générale. Si la chlorose est une maladie des ovaires, ces trois fonctions sont modifiées ou abolies, et avec la suppression de la menstruation apparaît cette intoxication spéciale, la chlorose. Et, par contre, le mauvais état général intervient à son tour, entravant la guérison de la glande ovarienne. Que maintenant on rende à l'organisme, d'une façon quelconque, le produit ovarien de sécrétion interne, peut-être pourra-t-on faire cesser l'intoxication, agir sur l'organisme en général, et permettre la guérision de l'affection ovarienne locale. Les auteurs se sont servi de trois produits: des ovaires de brebis à l'état frais, de la poudre ovarienne desséchée et du suc ovarien préparé par la méthode de Brown-Séquard-d'Arsonval. Les recherches ont porté sur six chlorotiques; toutes les malades ont éprouvé, dès la première prise, des douleurs très vives, localisées surtout dans la région du bas-ventre, avec céphalée et douleurs musculaires vagues; chez deux malades, ... vu la température élevée de quelques dizièmes, s'élevant on ... et 38°, le pouls montant de 75 à 100. Chez trois malades; à 37°,8 ... éloignés ont été nettement favorables; rapidement, les résulta... s'est remonté, la pâleur a diminué, le nombre l'état général ... s a augmenté et les forces sont revenues. des globules blan... es depuis trois mois et demi, ont reparu Les règles, supprime... début du traitement chez une malade, quinze jours après le ... une autre. En résumé, dans le traiau bout de trois mois chez ... ne, en favorisant l'élimination tement de la chlorose, l'ovaré... ns l'organisme un principe des toxines et en introduisant da... favorable sur l'état génée antitoxique, semble avoir une action ... globules, sur la réapral, sur l'augmentation du nombre des ... parition de la menstruation.

Traitement du rhumatisme par les applications locales de salicylate de méthyle.

MM. Lannois et Linossier (de Lyon) rappelent qu'ils ont les premiers proposé de faire pénétrer par l'épiderme le salicylate de méthyle et qu'ils ont indiqué la valeur de cette méthode dans le traitement du rhumatisme articulaire. Dans leur première communication, ils avaient surtout en vue le côté théorique relatif à l'absorption par la peau des médicaments qui possèdent la propriété d'émettre des vapeurs à une température peu élevée. Au point de vue clinique, le salicylate de méthyle a été employé par eux dans différents cas de rhumatisme (aigu, subaigu, déformant, blennorrhagique) et dans divers autres cas de douleurs périphériques (névralgies, névrites des tuberculeux, etc.). Dans tous ces cas le salicylate de méthyle a une action des plus nettes sur la douleur, qu'il fait disparaître en un temps variable et pour une durée plus ou moins longue, suivant les cas et amène la guérison en quelques jours. Le salicylate de méthyle doit être employé dans les cas où, pour une cause quelconque, on désire obtenir une action locale et lorsque les médicaments habituels du rhumatisme sont mal tolérés par l'estomac. Le salicylate de méthyle agit bien dans le rhumatisme articulaire aigu; mais il ne doit être employé dans ce cas que si l'ingestion des médicaments a échoué, en raison des difficultés de son application sur des articulations très douloureuses. Au contraire, dans les formes subaiguë et chronique, dans les poussées douloureuses qui se produisent de temps à autre dans les diverses variétés de rhumatisme déformant, l'absorption sur place du salicylate de méthyle agit aussi bien que l'absorption buccale des médicaments salicylés et lui est souvent supérieure.

Sur la valeur diagnostique de la ponction lombaire : examen comparatif au point de vue bactérioscopique et chimique du liquide céphalo-rachidien.

MM. G. Denigès et J. Sabrazès (de Bordeaux). — Sur quatorze cas, la ponction a été blanche six fois, positive huit fois. Les cas positifs comprennent six méningites tuberculeuses aiguës, un cas d'epilepsie procursive, un cas de rage. Six fois sur sept, dans la méningite tuberculeuse aiguë, on a retiré du liquide; il ne s'en est pas écoulé dans deux cas de méningite en plaques chronique, l'un vérifié à l'autopsie, l'autre par la réaction à la tuberculine. L'écoulement est toujours intermittent. Exceptionnellement très lent, comme dans l'observation IX, il est généralement rapide. Les quantités extraites ont varié de 1, 11, 14, 15, 32, 40, 100, 102 cc. Immédiatement après la ponction, dans un cas de méningite tuberculeuse où le liquide soustrait était de 40 cc., on a noté : une ascension thermique d'un degré (39° au lieu de 38°), une augmentation du nombre des mouvements respiratoires (76° au lieu de 64° par minute), du cheyne stokes, une légère accélération du pouls. Le liquide

toujours louche et parfois sanguinolent (obs. III et IV) dans les méningites, peut, dans d'autres cas, la rage par exemple, s'échapper à travers la canule, clair comme de l'eau de roche. L'examen bactérioscopique du dépôt a toujours été fait sur le champ, après centrifugation. *Trois fois*, les bacilles de Koch étaient extrêmement nombreux (obs. III, V, X), intra et extra-cellulaires; dans le dépôt on trouvait en outre quelques hématies, des leucocytes mono et polynucléaires et même des cellules géantes (obs. V). Dans un cas (obs. VI), la recherche bacillaire et l'inoculation furent négatives, bien que les coupes des méninges cérébrales tuberculeuses aient montré des bacilles tuberculeux. L'injection sous dure-mérienne au chien du liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire pendant la vie dans un cas de rage humaine a été suivie de rage furieuse deux mois après l'inoculation. La bulbe de ce rabique inoculé au lapin par préparation a provoqué la rage paralytique après quinze jours d'inoculation. Il était intéressant de soumettre à des analyses chimiques comparatives et complètes le liquide céphalo-rachidien centrifugé : cinq cas de méningite tuberculeuse et un cas de rage humaine ponctionnés ont servi à cet examen. Dans les cas de méningite tuberculeuse aiguë, la teneur du liquide céphalo-rachidien centrifuge en principes organiques est très élevée et atteint (par litre 2 gr. 33 à 2 gr. 55); dans un cas (obs. X) ces principes se décomposaient en sérine (2 gr. 10), peptones (0 gr. 10), urée (0 gr. 35), corps réducteurs (traces). Il n'a pas été décelé de corps réducteurs dans les cas III et V de méningite tuberculeuse; il n'en existait que des traces dans le cas X. L'analyse chimique du liquide céphalo-rachidien dans la rage diffère très notablement de ce que l'on observe dans la méningite tuberculeuse. Sa densité est moindre ; il n'y a plus que 0 gr. 20 de sérine par litre. Par contre, les substances réductives correspondent à 0 gr. 72 de glucose par litre; les chlorures sont plus abondants (6 gr. 90 au lieu de 5 gr.), ainsi que les carbonates, les phosphates et les sulfates. En poursuivant ces recherches, on trouverait peut-être une formule analytique de liquide céphalo-rachidien correspondant à chaque type d'infection méningo cérébro-spinale.

Traitement du diabète arthritique par le dosage de l'alimentation.

M. E. Maurel. — L'observation clinique et des recherches expérimentales, ayant conduit le Dr Maurel à considérer la suralimentation comme la cause la plus importante du diabète arthritique, il a voulu soumettre cette opinion à une épreuve clinique. Si, en effet, cette hypothèse était exacte, il devait pouvoir enrayer et peut être améliorer le diabète en ramenant l'alimentation à la nature normale et, cela sans être obligé de s'astreindre à un régime exclusif. Or, les résultats ont dépassé ses espérances, et le Dr Maurel cite seize cas de diabète traités d'après ces idées, sur lesquels dix ont été suivis de guérison et six sont en voie d'amélioration marquée : sur ces seize cas, quatorze lui appartiennent et deux lui ont été communiqué par le Dr Bailac, chef de clinique médicale à Toulouse. Il fait remarquer de plus que par amélioration, il n'entend pas seulement la diminution ou la disparition du sucre seulement, mais aussi de tous les autres symptômes du diabète. En outre, le Dr Maurel a fait l'application de ces idées à d'autres formes de l'arthritisme, et avec le même résultat. Depuis six ans, il a pu réunir cent soixante cas d'arthritisme ainsi traités et tous guéris ou notablement améliorés. Toutefois il établit à ce point de vue une différence entre l'arthritisme acquis ou arrivé à la seconde guérison. Et l'hérédo-arthritisme, seul, le premier relevait d'une manière sure et rapide de ce traitement, quoique utiles dans les formes scléro-arthritiques qui toutes s'accompagnent de lésions de tissus ou d'organes, son action serait marquée. Les formes qu'on relevait le plus souvent sont la gravelle, l'obésité, le diabète, l'albuminurie arthritique, la séborrhée, les hypersécrétions muqueuses et la goutte. Le Dr Maurel se base pour régler l'alimentation sur les données qu'il a fait connaître au Congrès pour l'avancement des Sciences de Bordeaux, en 1895, et qu'il rappelle rapidement. Toutefois au début du traitement, il reste au dessous de ces rations. Je termine en faisant ressortir que ces idées tirent leur importance, seulement de leurs applications au traitement du diabète, mais aussi de leurs applications au traitement de nombreuses autres formes arthritiques, et enfin surtout du jour qu'elles pourraient jeter sur la pathogénie si obscure de ce groupe d'affections.

Sur l'auscultation du pleurétique.

M. Hervouet. — On enseigne généralement que le bruit de souffle pleurétique et l'égophonie sont engendrés purement et simplement par la présence d'un épanchement dans la plèvre. On l'explique par le changement de consistance du tissu pulmonaire comprimé. S'il en était vraiment ainsi, le souffle serait constant dans la pleurésie. Or, il ne l'est pas. Beaucoup de cas, évoluant complètement sans s'accompagner de ce phénomène stétoscopique, quelle que soit la quantité de liquide épanché, et, d'ailleurs, la présence de liquide, en refoulant le poumon, est incapable d'en modifier vraiment la consistance. Il faut donc admettre que, quand il y a bruit de souffle, il est produit par une altération pulmonaire sous-jacente et indépendante (tuberculose, pneumonie, broncho-pneumonies diverses...) réalisant le souffle tubaire, lequel prend un timbre particulier parcequ'il est transmis à l'oreille par une couche liquide. Le même raisonnement s'applique à l'égophonie qui est aussi inconstante que le souffle.—Conclusion : le souffle pleurétique et l'égophonie nous renseignent, non sur l'état de la plèvre, mais sur l'état du poumon.

De la conductibilité des sons dans les différents stéthoscopes.

MM. E. Cassaet et Sigalas (de Bordeaux). — Lorsqu'on veut étudier la manière dont s'opère la transmissibilité des sons dans les différents stéthoscopes, la meilleure méthode, celle qui du reste a été utilisée par ces divers auteurs, est de les diviser en *flexibles* et *rigides*. Pour les premiers, l'entente est complète : ils ne conduisent les sons que par la colonne d'air qu'ils renferment. Il n'en est plus de même pour les stéthoscopes rigides, qui, d'après Laënnec, Dechambre et André Petit, Laboulbène, ne transmettraient le son que par l'intermédiaire de la matière solide qui compose leur paroi, la chambre à air n'étant nullement indispensable pour leur perception distincte, tandis que pour Piorry cette dernière serait seule importante. Nous avons cherché à nous rendre compte des causes de cette divergence d'opinion, en étudiant successivement le rôle de la qualité et de la quantité de matière constitutive de la paroi, celui de la chambre à air et celui de la longueur de paroi ou du volume d'air nécessaire pour une bonne conductibilité ; tant au lit du malade que par des procédés de laboratoire, nous sommes arrivés aux conclusions suivantes : 1° Comme l'avait observé Laënnec, la matière qui doit servir à la construction d'un stéthoscope doit être choisie de peu de densité; à l'opposé des autres métaux, l'aluminium, pour cette raison, conduit les sons avec une grande intensité. Cette importance de la densité relève de la formule générale de vitesse de propagation des sons dans les divers milieux et le calcul prouve que dans l'aluminium elle est égale à celle des bois les meilleurs conducteurs, ce qui vient confirmer l'expérience. 2° A l'encontre de l'opinion de Laboulbène, la diminution de la masse d'un stéthoscope n'entraîne pas une diminution proportionnelle de la transmission du son; elle paraît même l'améliorer légèrement. 3° Les stéthoscopes pleins, quelle que soit leur forme, sont de mauvais instruments. 4° Dans les stéthoscopes rigides, la transmission s'opère par l'air inclus et non par la paroi. La perforation de l'instrument, quand elle est accompagnée d'une diminution sensible de sa masse, double ou triple son pouvoir de conductibilité. 5° Ce dernier ne relève pas de la longueur de la paroi. Comme les résonnateurs, les stéthoscopes conduisent diversement les sons, suivant les différences de volume d'air qu'ils contiennent, parce qu'ils peuvent alors se mettre à l'unisson de sons de tonalité différente. Il en résulte la nécessité de l'adaptation du volume d'air aux divers bruits à percevoir. Ces considérations nous ont amenés à décider la construction d'un stéthoscope à coulisse, basé surtout sur les variations de volume de la chambre à air et de manière qu'il puisse différemment s'accorder comme les résonnateurs physiques ; les difficultés de constructions en ont jusqu'à présent retardé l'expérimentation.

Note sur un signe particulier de la pleurésie sèche diaphragmatique.

M. de Langenhagen (de Cannes et Plombières). — Chez un tuberculeux arthritique, porteur d'une lésion limitée au sommet droit et paraissant enrayée, M. le Dr de Langenhagen observa à plusieurs reprises pendant tout un hiver des poussées de pleurite sèche, siégeant tout à fait à la base, loin du foyer tuberculeux, qui restait parfaitement silencieux. L'une de ces poussées gagna la plèvre diaphragmatique; et, au milieu des symptômes propres à la pleurésie diaphragmatique, douleurs au niveau des insertions chondro-costales du muscle, dyspnée intense, etc.), se montra un phénomène assez particulier : le malade avait de fréquentes éructations, et chacun de ces renvois gazeux s'accompagnait d'une douleur très vive, siégeant profondément sur la ligne médiane le long de l'œsophage et latéralement vers les attaches du diaphragme du côté droit. Cette douleur spéciale, très violente, arrachant des gémissements au malade, persista pendant plusieurs jours, autant que la dyspnée et les autres symptômes, et s'amenda progressivement vers eux sous l'influence de la morphine. L'auteur attribue cette sensation douloureuse au passage du gaz à travers la boutonnière œsophagienne du diaphragme, et aux tiraillements que leur brusque expansion exerçait sur les fibres de ce muscle. Les gaz, refoulés brusquement par régurgitation de la cavité stomacale, distendaient l'œsophage, et cet organe, ainsi dilaté et soumis à une pression anormale, écartait violemment les piliers postérieurs du diaphragme, dont les contractions se propageaient à travers le centre phrénique, jusqu'aux insertions antérieures du muscle, lesquelles, se trouvant en rapport avec la plèvre malade, était nécessairement très irritables. Cette douleur, au moment de la régurgitation, peut être jusqu'à un certain point rapprochée de la douleur au moment de la déglutition, qui accompagne quelquefois les grands épanchements pleurétiques. En effet, toutes deux ont une origine mécanique et sont dues à une compression soit liquide, soit gazeuse, exercé sur l'œsophage, compression liquide dans la pleurésie avec épanchement (Renaud, thèse de Nancy 1886): dans la pleurite sèche, compression gazeuse, provoquant une sorte de dysphagie à rebours.

Maladie d'Addison avec absence de capsules surrénales.

M. A. Rispal (de Toulouse). — Les observations de maladie d'Addison avec absence de capsules surrénales constatée à l'autopsie sont considérées comme tout à fait exceptionnelles. Malgré nos recherches, nous n'avons pu rassembler que deux cas de ce genre, appartenant l'un à Fletcher, l'autre à Kent Spencler. Nous avons eu la bonne fortune d'observer un troisième cas, dont nous rapportons l'observation clinique et anatomique complète. Il s'agit d'un jeune homme de 24 ans, qui, sans antécédent pathologique et sans cause connue, a été atteint de maladie d'Addison (mélanodermie cutanée et muqueuse, douleurs, amaigrissement, cachexie et asthénie progressives, troubles gastro-intestinaux), terminée par la mort au bout de dix mois environ. Contrairement à notre attente, l'autopsie a révélé non seulement l'absence de toute lésion tuberculeuse viscérale, mais surtout la non existence de deux capsules surrénales, à l'intégrité parfaite des bronches et des ganglions du système nerveux sympathique abdominal. Nous ne voulons tirer aucune déduction pathogénique d'un fait unique et surtout d'un fait aussi exceptionnel ; nous désirons seulement attirer l'attention sur une nouvelle observation de maladie d'Addison avec absence congénitale des deux capsules surrénales. (*A suivre.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Sur la présence, dans le nerf laryngé supérieur, de fibres vaso-dilatatrices et sécrétoires pour la muqueuse du larynx.

En excitant sur un chien curarisé et soumis à la respiration artificielle, le bout périphérique du laryngé supérieur, M. Hédon a observé que la muqueuse du larynx, surtout dans la région aryténoïdienne, rougit fortement ; il a vu en même temps les gouttes de mucus perler à l'orifice des glandes et se réunir en un enduit visqueux sur toute la surface muqueuse du côté correspondant à l'excitation, tandis que du côté opposé la muqueuse reste sèche. D'après cela, le laryngé supérieur doit être considéré comme un nerf vaso-dilatateur et sécrétoire pour la muqueuse du larynx, au même titre que la corde du tympan pour la glande sous-maxillaire.

Sur la signification physiologique de la division cellulaire directe.

MM. Balbiani et Henneguy ont étudié la signification physiologique de la division cellulaire directe ou *amitose*. Si l'on maintient en contact, dans l'air humide, deux fragments de queue de têtard, ou l'extrémité d'une queue avec la partie postérieure d'un têtard préalablement anesthésié, dont on a sectionné une partie de la nageoire caudale, on constate que, au bout d'une heure à une heure et demie, les fragments rapprochés se sont suffisamment soudés pour ne plus se séparer quand on les remplace dans l'eau. Cette soudure est toute superficielle et se fait aux dépens des cellules épithéliales qui prolifèrent très rapidement par *division directe*. On ne peut considérer ici l'amitose comme un phénomène de dégénérescence, puisqu'elle conduit, au contraire, à une régénération, et a pour effet de combler la lacune qui existe entre les parties greffées.

Traitement des infections expérimentales colibacillaires par les injections intraveineuses massives de la solution salée simple et de leur mode d'action.

MM. Bosc et Vedel ont obtenu, par des injections intraveineuses de la solution salée physiologique (NaCl à 7 p. 1000) la guérison de chiens infectés par des cultures de colibacille. Ces injections agissent en favorisant l'élimination des poisons, grâce à l'action osmotique du NaCl et à son action diurétique directe et indirecte ; en raffermissant les globules rouges altérés, en activant le mouvement nutritif, en diminuant le pouvoir globulicide du sérum pathologique. Elles déterminent, en outre, une vaso-constriction réflexe immédiate, qui empêche l'énorme et brutale vaso-dilatation produite par l'inoculation du coli-bacille.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 août 1896. — Présidence de M. Hervieux.

Séance du 18 août 1896.

Un cas de tétanos.

M. H. de Brun (de Beyrouth) rapporte un cas de tétanos avec raccourcissement consécutif du triceps sural, du biceps du bras gauche, du mamelon gauche. Les muscles rétractés offraient la dureté du bois. La rétraction s'améliora au bout d'environ quatre mois.

M. de Brun signale quelques autres symptômes peu connus du tétanos, observés par lui en Syrie, où le tétanos est fréquent et succède souvent à l'application de cautères. Ces symptômes sont : la constipation extrêmement opiniâtre, la soif excessive pendant le cours de la maladie, l'insomnie complète. L'appétit est, en général, conservé ; il devient souvent, à la convalescence, une vraie fringale. Les sueurs sont fréquemment profuses, sans donner l'amélioration des transpirations critiques. Le besoin de déplacement des malades, quoique provoquant souvent les crises, est très impérieux et peut devenir un véritable supplice.

Radiographies d'un cas de lèpre.

M. Berger présente des radiographies faites par M. Lardy, chirurgien à Constantinople, sur les mains de malades atteints d'aïnhum. L'aïnhum ne serait qu'une variété de lèpre.

Radiographies craniennes.

M. Rémy présente la radiographie obtenue après 7 heures de pose sur un sujet vivant, ayant reçu un projectile dans la tempe droite. La situation du projectile est nettement déterminée au niveau des nerfs optiques. A.-F. Plicque.

VARIA

Inauguration du Monument du Dr François Quesnay.

Sur l'initiative de M. Allain le Canu, président de la Société populaire de Montfort-l'Amaury, un comité de souscripteurs a fait ériger, à Méré, un buste de François Quesnay ; il est dû au sculpteur Etienne Leroux, l'auteur des statues de Jeanne d'Arc, de Rachel, de Démosthènes et de tant d'autres œuvres remarquables. Le monument a été inauguré dimanche dernier, à deux heures et demie, en présence de M. Gentil, préfet de Seine-et-Oise. Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts avait délégué M. Fernand Bourgeat, inspecteur des beaux-Arts, pour apporter aux promoteurs de cette cérémonie les félicitations et les remerciements du Gouvernement de la République.

C'est dans le petit appartement que François Quesnay, médecin ordinaire du roi de par les faveurs de Mme de Pompadour, occupait au château de Versailles, que les grands seigneurs de la cour, les publicistes de l'aristocratie, les Miromesnil, Liancourt, Mathieu de Montmorency, se réunissaient pour discuter sur le phénomène de la richesse et de la production. C'est là que fut fondée la Société des *Physiocrates*. François Quesnay était le fils d'un avocat parisien, qui s'était retiré près de Montfort-l'Amaury, à Méré, où il naquit en 1694. On raconte qu'à douze ans il ne savait pas lire encore ; en revanche, il connaissait tous les détails d'une exploitation agricole. Dès qu'il eût pénétré les mystères de l'alphabet, il se passionna pour un traité rustique, puis apprit tout seul le grec et le latin, suivit les leçons d'un chirurgien de village, vint fréquenter comme élève l'Hôtel-Dieu, étudia la philosophie, les mathématiques, se fit connaître par une réfutation du livre de Silva sur les *saignées*. En 1737, il était secrétaire perpétuel de l'Académie de Chirurgie.

L'avenir des Pigeons voyageurs et la clientèle médicale à la Campagne.

Il existe, en Ecosse, un médecin, M. le Dr Harrey, dont la clientèle est très étendue. Ses journées se passent à parcourir, en carriole, les localités où se trouvent ses malades, et qui sont parfois fort éloignées de l'endroit qu'il habite. Aussi a-t-il l'habitude, chaque jour, d'emporter avec lui plusieurs pigeons voyageurs. En cas d'urgence, le bon docteur en lâche un, porteur d'une ordonnance. Dès que le pigeon est arrivé au colombier, un domestique du docteur regarde sous les ailes et prend l'ordonnance qu'il apporte aussitôt chez le pharmacien ; puis il se rend avec le médicament chez le malade. Le Dr Harrey a l'habitude aussi de laisser un ou plusieurs de ses pigeons chez les personnes, dont l'état peut s'aggraver à tout instant. En cas d'urgence, un pigeon est lâché et le docteur accourt immédiatement. (*Gaz. méd. de Liège.*).

Comment on guérit la tuberculose à Paris.

Nous lisons dans le *Petit Parisien* du dimanche 26 juillet ce qui suit et nous n'y changeons rien.

« Un pansement antiseptique guérit une plaie. Dans la tuberculose, les cellules du poumon sont rongées par des plaies purulentes où les bacilles évoluent. L'an dernier, on expliqua comment le le Dr Ghirelli, au moyen d inhalations de vapeur de formol (aldéhyde formique), apportait dans la cellule même le pansement antiseptique rêvé. Jointe à des injections de sérum spécial antituberculeux, cette méthode devait guérir. Elle a guéri. Appliquée à l'hôpital de l'asile charitable de Villepinte par le Dr Lefèvre, médecin traitant, elle donne tous les jours de merveilleux résultats, consignés dans les rapports du Dr Gouàl, médecin en chef de l'hopital. Aussi est-ce un très grand service à rendre aux malades que de leur indiquer l'Institut médical, 28, rue de la Boétie, où le Dr Galisson applique avec beaucoup de succès la méthode du Dr Ghirelli, qui a sauvé déjà tant de cas désespérés. Les indigents bénéficieront aussi de ce traitement, car une clinique gratuite est sur le point d'être ouverte. »

A bon entendeur, avis et salut!!

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

Etat nominatif des Etudiants reçus Docteurs en médecine pendant les mois d'avril, mai, juin et juillet 1896 (année scolaire 1895-1896).

MM. Vergely. De l'hématome néoplasique de la plèvre. — Campuzan. Quelques considérations sur l'asthme et en particulier sur l'asthme infantile et son traitement. — Nicolas. Le fond de l'œil normal chez le cheval et les principales espèces domestiques. — Foucaud. De l'allaitement. — Faguet. Recherches sur la diphtérie aviaire et ses rapports avec la diphtérie de l'homme. — Mounon. Recherches sur le fonctionnement du foie dans la grippe-influenza. — Fieux. Du passage de la tête fœtale dans les bassins aplatis et dans les bassins à type infantile (Recherches expérimentales et cliniques). — Oudart. Des indications de la trachéotomie dans le cancer du larynx. — Lefloch. Quelques remarques sur l'éclampsie puerpérale. — Seguin. Des indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans les otites moyennes suppurées aiguës. — Abaut. Contribution à l'étude de la résection dans l'ankylose angulaire du genou. — Sourisse. Du permanganate de potasse dans l'ophtalmie purulente de l'adulte et du nouveau-né. — Durand. Essai de statistique obstétricale comparée. — Delbrel. Contribution à l'étude de l'urticaire des voix respiratoires. — Laroche. De la tuberculose primitive du rein (Etude expérimental et classique. — De Perry. Les somnambules extra-lucides. Leur influence au point de vue du développement des maladies nerveuses et mentales. Aperçu médico-légal. — Texier. Contribution à l'étude de l'étiogie de l'hystérie. — Hellian. De la verrue plantaire. — Goubault. De la névrose cérébro-cardiaque. — Kéranguyader. Contribution à l'étude et au traitement du spina ventosa. — Kolarovitch. Les complications oculaires dans les affections du sinus maxillaire. — Bernuchon. Contribution à l'étude des hémorrhagies des muqueuses dans la neurasthérie. — Rousseau. Nature des psychoses choréiques. — De Batz. Les complications cardiaques de la grippe et la grippe cardiaque. — Veyrier. De la part qui revient aux courants faradiques dans le traitement des fibromes de l'utérus. — Hirigoyen. Valeur comparée de la trachéotomie et de l'intercrico-thyrotomie.—Salles. De la prothèse testiculaire. Après la castration. — Quéré. Etude critique sur l'anesthésie dentaire. — Borde. Nécessité d'une réforme sanitaire dans la ville de Lourdes. — Lapalle. Des plaies du diaphragme par la voie thoracique. — Bordenave-Pébozde. De la résection du poignet par la double incision longitudinale dorso-palmaire ou transmétacarpienne (méthode de Studsgaard, de Copenhague). — Le Nadan. Contribution à l'étude des gommes tuberculeuses de la langue. — Murat. Contribution à l'étude des manifestations extra-génitales de la blennorrhagie. La gonococcie. — Demazière. Contribution à l'étude des trichophyties humaines. — Lafontaine. De la chute spontanée des dents dans le tabac. — Robeff. Contribution à l'étude de la tuberculose verruqueuse de la peau. — Avrilleaud. Des pseudo-tuberculoses d'origine grippale. — Aumont. Etude critique sur la pathogénie des phlébites infectieuses.

Ce que peut Coûter à l'Etat une famille d'alcooliques.

Voilà un problème économique qui ne manque pas d'intérêt dans un moment où la question de l'*alcoolisme* est à l'ordre du jour scientifique et parlementaire, et que, sur ce dernier tapis, l'argument *fiscal* joue un rôle si prépondérant. C'est le Pr Pellmann (de Bonn), qui a donné la solution de ce problème dans les curieux — terriblement curieux — résultats ci-après, relevés par la *Médecine moderne*. — Une femme meurt, au commencement de ce siècle, alcoolique. Sa postérité jusqu'à nos jours a compté 834 individus. On a pu reconstituer l'existence de 709 d'entre eux, et voici les résultats notés par le Pr Pellmann : 106 étaient nés hors du mariage; 162 ont été mendiants; 64 ont vécu comme pensionnaires dans les dépôts de mendicité ; 181 femmes sont devenues filles publiques ; 76 ont été condamnés pour délits graves ou tentatives criminelles: 7 ont été condamnés pour meurtre. En 75 ans, cette famille, pire à coup sûr que celle des Rougon-Macquart, a coûté à l'Etat allemand, en secours d'indigence, entretien dans les prisons et dommages causés, la somme totale de 6,250,000 fr. *Et nunc erudimini..., Patres conscripti !* (*Trib. méd.*).

Enseignement médical libre.

Technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Broca, recommencera son cours de technique bactériologique avec manipulations pratiques et exercices de diagnostic d'anatomie pathologique, le 3 septembre, à 4 heures, à son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes, et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, rue Marsollier, n° 9 (quartier de l'opéra) de 1 h. à 2 h.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS.— Du dimanche 26 juillet au samedi 1er août 1896, les naissances ont été au nombre de 1.091, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 421 ; illégitimes, 120, Total, 541. — *Sexe féminin :* légitimes, 383 ; illégitimes, 167. Total, 550.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 26 juillet au samedi 1er août 1896, les décès ont été au nombre de 917, savoir : 499 hommes et 418 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 6, T. 11. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 6, F. 3, T. 9. — Scarlatine : M. 6, F. 4, T. 10 — Coqueluche : M. 4, F. 0, T. 4. — Diphtérie, Croup : M. 2, F. 1, T. 3. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 107, F. 54, T. 161. — Méningite tuberculeuse : M. 9, F. 7, T. 16. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 7, T. 17. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 10, T. 10. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 25, T. 41. — Méningite simple : M. 11, F. 10, T. 21. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 20, F. 16, T. 36, — Paralysie, M. 6, F. 3, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 6, T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 14, F. 28, T. 42. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 4, T. 7. — Bronchite chronique : M. 6, F. 3, T. 9. — Broncho-pneumonie : M. 12, F. 11, T. 23. — Pneumonie : M. 10, F. 13, T. 23. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 16, F. 16, T. 32 — Gastro-entérite, biberon : M. 70, F. 59, T. 129. — Gastro-entérite, sein : M. 13, F. 6, T. 19. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 9, F. 5, T. 14. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 3, T. 3. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 15, F. 11, T. 26. — Sénilité : M. 15, F. 25, T. 40. — Suicides : M. 15, F. 7, T. 22. — Autres morts violentes : M. 10, F. 3, T. 13. — Autres causes de mort : M. 83, F. 63, T. 146. — Causes restées inconnues : M. 1, F 4, T. 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 81, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 23, illégitimes, 17. Total : 40. — *Sexe féminin* : légitimes, 32, illégitimes, 9. Total : 41.

FACULTÉ DES SCIENCES. — Sont reçus à l'*Agrégation des sciences naturelles* : MM. 1 Soxe, boursier du Muséum ; 2 Bohn, préparateur à la Faculté des Sciences de Paris ; 3 Goux, chargé de cours au lycée de Constantine ; 4 Brucker, élève de l'Ecole normale. — Viennent d'être reçus *Agrégés des sciences physiques* : MM. 1 Chaumat, élève de la Sorbonne ; 2 Chabrier, idem ; 3 Paillot, idem ; 4 Menneret, idem ; 5 Gutton, élève de l'Ecole normale ; 6 Chair, ancien élève de l'Ecole normale, professeur au collège d'Auxerre ; 7 Touren, élève de l'Ecole normale ; 8 Larousse, chargé de cours au lycée de Périgueux ; 9 Boley, ancien élève de l'Ecole normale, professeur au collège de Saint-Servan, 10 Malus, élève de la Faculté des sciences de Bordeaux ; 11 Terrier, élève de l'Ecole normale ; 12 Buisson, idem.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — M. François COUTURIER est nommé maître de conférences de chimie appliquée à la Faculté des Sciences de l'Université de Lyon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BOUCHARD, professeur de pathologie et thérapeutique générales, est dispensé du service des examens pendant l'année scolaire 1896-1897. — Un congé pour le 1er semestre de l'année 1896-1897 est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. GRANCHER, professeur de clinique des maladies des enfants. — M. MARFAN, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des enfants. — M. RICARD, agrégé des Facultés de Médecine, est chargé d'un court de pathologie chirurgicale pour l'année scolaire 1896 1897, pendant l'absence de M. Lannelongue, député. — M. VARNIER, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1896-1897, d'un cours complémentaire (enseignement aux élèves sages-femmes). — M. LANDOUZY, professeur de thérapeutique et matière médicale à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, est nommé professeur de thérapeutique à ladite Faculté. — M. POUCHET, professeur de pharmacologie à la Faculte de Médecine de l'Université de Paris, est nommé professeur de pharmacologie et matière médicale à ladite Faculté.

Sont nommés *chargés de cours* : MM. TUFFIER, agrégé, pathologie chirurgicale. — BAR, agregé, accouchements.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Sont nommés *chargés de cours* . MM. Sarda, agregé, médecine légale et toxicologie. Bosc, agrégé, anatomie pathologique. Baumel, agrégé, clinique des maladies des enfants. Espagne, agrégé libre, clinique des maladies des vieillards. Vallois, agrégé, accouchements. Lapeyre, agregé, pathologie chirurgicale. M. Rodet, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est chargé à partir du 1er novembre 1896, d'un cours de microbiologie à la Faculté de Médecine de l'Université de Montpellier. — Sont maintenus pour l'année scolaire 1896-1897 dans les fonctions ci-après désignées : MM. de Girard, agrégé libre, chef de laboratoire de clinique (chimie pathologique). Moitessier, agrégé, chef de laboratoire de clinique (chimie). Bertin-Sans, docteur en médecine, chef de laboratoire de clinique (physique). Guérin, agrégé, directeur du laboratoire des cliniques. Steinmetz, chef des travaux chimiques du laboratoire de chimie (délégué). Guilloz, agrégé, chef des travaux de physique. Simon, chef des travaux d'histologie. Lambert, agrégé, chef des travaux de physiologie. Poinot, chef des travaux d'anatomie pathologique.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — Sont nommés *chargés de cours* : MM. Carlier, agrégé, médecine opératoire et clinique des maladies des voies urinaires. — Phocas, agrégé, clinique chirurgicale des maladies des enfants. — Oui, agrégé, accouchements. — Ausset, agrégé, clinique médicale des maladies des enfants et syphilis infantile. — Sont maintenus, pour l'année scolaire 1896-1897, comme chef de travaux : MM. Deroeux, pharmacien supérieur de 1re classe, travaux de physique. Bédart, agrégé, travaux de physiologie. Bayrac, agrégé, travaux de chimie. Fockeu, docteur en médecine, pharmacien de 1re classe, travaux d'histoire naturelle. Deroide, agrégé, est maintenu pour l'année scolaire 1896-1897 comme chef du laboratoire des cliniques. — M. Calmettes, docteur en médecine, est chargé d'un cours de bactériologie et thérapeutique expérimentale.— M. Charmeil, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1896-1897, d'un cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à ladite Faculté. — La chaire de thérapeutique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille est transformée, à dater du 1er novembre 1896, en chaire de bactériologie et thérapeutique expérimentale. — La chaire d'hygiène de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille est déclarée vacante. Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — Sont nommés *chargés de cours* : MM. Denigès, agrégé, chimie. Rivière, agrégé, accouchements. Moussous, agrégé libre, clinique interne des maladies des enfants. Dubrueill, agrégé libre, clinique des maladies cutanées et syphilitiques. Pousson, agrégé libre, clinique des maladies des voies urinaires. Denucé, agrégé libre, pathologie externe. Moure, docteur en médecine, maladies du larynx, des oreilles et du nez. Régis, docteur en médecine, maladies mentales.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Sont nommés *chargés de cours* : MM. Haushalter, agrégé, clinique des maladies des enfants. Février, agrégé, clinique des maladies cutanées et syphilitiques. Schrel, agrégé, accouchements. Rohmer, agrégé libre, clinique opthalmologique. Parisot, agrégé libre, clinique des maladies des vieillards.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — Sont nommés *chargés de cours* : MM. Weill, agrégé libre, clinique des maladies des enfants. Polosson, agrégé, accouchements. Beauvisage, agrégé, botanique.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS. — Un concours s'ouvrira, le 1er février 1897, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LIMOGES. — M. EYMERIE (Jean-Georges), docteur en médecine, est institué pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — M. Lenoël, professeur de clinique obstétricale, est admis, pour cause d'ancienneté d'âge et de service, à faire valoir ses droits à une pension de retraites, à dater du 1er novembre 1896. M. Lenoel est nommé professeur honoraire.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — Est nommé *chargé de cours* : M. Klobb, agrégé libre, minéralogie et hydrologie.

MONUMENT A. GUÉRIN A PLOERMEL. — La cérémonie d'inauguration de la statue élevée à Ploermel, le 13 septembre prochain, au Dr Alphonse Guérin, ancien président de l'Académie de Médecine, sera présidée par M. le Pr Guyon, membre de l'Académie des sciences, qui prononcera l'éloge du chirurgien.

L'ETAT SANITAIRE EN ASIE. — L'état sanitaire au *Tonkin*, parmi les Européens, est aussi satisfaisant que possible. Les cas de *choléra* ont complètement disparu. Parmi les Annamites, il y a eu recrudescence de mortalité pendant deux jours; mais elle s'est arrêtée depuis que des mesures d'hygiène ont été rigoureusement appliquées. L'état sanitaire de la *Cochinchine* est mauvais. Trente-cinq personnes ont succombé, en une semaine, aux suites de la fièvre dengue.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le Dr Brassac, directeur du service de santé et M. le Dr Bodet, médecin en chef, appartenant tous les deux au port de Brest, viennent d'être nommés par le gouvernement russe *Chevaliers de l'ordre de Saint-Stanislas de Russie*.

Est nommé *Chevalier de la Légion d'honneur*, M. le Dr Laydeker, médecin-major, lequel, atteint de douleurs rhumatismales, était couché dans une des petites chambres d'un hôpital de Saint-Brieuc, quand il fut visité par le Président de la République.

Par décret, en date du 7 août 1896, MM. les Drs Billot, de Corrèze (Corrèze), Pastre (de Montpellier) et Bégué ont été nommés *chevaliers du Mérite agricole*.

Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique:* MM. Alban de Lagarde (Jean), professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers. Bard (Jean-Louis-Marius), professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. Forgue (Emile-Auguste), professeur de la Faculté de médecine de Montpellier. Huë (François-Alphonse), professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. Jouön (François), professeur à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes. Nepveu (Gustave-Joseph-Edouard), professeur à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. Piéchaud (Antoine-Ludovic), professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. Quesneville (Gustave-Georges), agrégé libre, chef de travaux à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris. Truc (Hermentaire), professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. Letulle (Maurice-Eléonore-Joseph), médecin du lycée Henri IV.

Sont nommés *Officiers d'Académie*: MM. Abelous (Jacques-Emile), agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse. Alezais (Marie-Jean-François-Henri), suppléant à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. Barthe (Joseph-Paul-Léonce), agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. Bolot (Alphonse-Marie-Edouard), professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon. Chatellier (Henry-Raymond), préparateur à la Faculté de médecine de Paris. Chévy (Léon-Eugène), professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. Courmont (André-Jules), agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. Delaunay (Henri-Charles), professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers. Delotte (Léonard-Yriex), suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges. Deschamps (Albert-Antoine-Marie), suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble. Laguesse (Gustave-François-Antoine), professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. Moulonguet (Albert), professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens. Moure (Emile-Gabriel-Louis), chargé de cours à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. Princeteau (Laurent-Raphaël), agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. Ricard (Alfred-Louis), agrégé près la Faculté de médecine de Paris. Roque (Marie-Louis-André), agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. Terson (Alfred-Jean), chargé de cours à la Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse. Vallois (Jean-Baptiste-Marie), agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier. Vialleton, (Louis-Marius) professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. Zipfel (Georges-Léon), chef de travaux à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon. Aubineau (René-Emile), secrétaire de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes. Cassas (Osmin), dessinateur au laboratoire d'embryogénie comparée au collègue de France. Godinat (Louis-Eugène), médecin du lycée de Châteauroux. Lagarde (Charles), médecin du lycée de Montauban. Crié, professeur à la Faculté des sciences de Rennes. Foint, suppléant à l'Ecole de médecine de Rennes. Simonneaux, adjoint au maire de Montfort. Templé, médecin à Rennes.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr ROGRON (Fernand), de Paris, vient de mourir le 9 aout. à l'age de 41 ans, d'une méningite tuberculeuse, succédant à un surmenage qui durait depuis de longues années. Rogron était un excellent et très digne confrère, très bon et très dévoué, et les nombreux médecins ou clients qui, à ses obsèques. remplissaient la salle crématoire du Père-Lachaise, témoignaient des regrets unanimes qu'il a laissés. M. Rogron a été, en effet, *incinéré*. — M. le Dr DESGRANGES, de Lyon, ancien chirurgien-major de l'Hotel-Dieu, professeur honoraire à la Faculté de Médecine, officier de l'Instruction publique, officier de la Légion d'honneur, reçu en 1847, associé national de l'Académie de Médecine depuis 1885, décédé le 1er août. — M. le Dr MAURICE (Victor), maire d'Onville (Meurthe-et-Moselle), décédé à l'âge de 44 ans. — M. le Dr MARTINES (d'Alger), reçu en 1843. — M. le Dr JOUSLAIN, beau-père de M. Turrel, ministre des travaux publics, est décédé la semaine dernière à Paris. Ancien maire de St-Jean-d'Angély, où il était très aimé et estimé, ses anciennes et solides convictions républicaines l'avaient placé à la tête du parti républicain de son arrondissement. Les obsèques ont eu lieu à la fin de la semaine dernière, à Saint-Jean-d'Angély, où le corps a été transporté. — M. le Dr BON, de Saint-Hilaire-des-Loges (Vendée), conseiller d'arrondissement, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 61 ans. — M. le Dr PETITEAU, des Sables-d'Olonne (Vendée), reçu en 1840. — M. le Dr DEMEURAT, de Paris, reçu en 1845. — M. le Dr REUSS (Louis-Jean-Max), médecin du Bureau de Bienfaisance du VIe arrondissement de Paris, décédé à Pont-sur-Yonne (Yonne), le 16 août, à l'âge de 48 ans. — M. le Dr DAMAS, médecin de la Compagnie P.-L.-M., à Thiers (Puy-de-Dôme), décédé à l'âge de 56 ans. — M. le Dr GLŒSEL, ancien médecin militaire. — M. le Dr I. CANTALAMESSA, privatdocent de médecine à la Faculté de Médecine de Bologne. — M. le Dr MONTAZ, qui vient de mourir à Grenoble, avait su se créer dans cette ville une situation de chirurgien habile et compétent. Après avoir concouru à l'agrégation de chirurgie à Paris, pour les Facultés de province, il avait été nommé chirurgien des hôpitaux et professeur de physiologie à l'Ecole de Médecine. M. Montaz était un esprit indépendant. Aussi la politique l'avait-elle tenté : il était conseiller municipal de Grenoble. Il fut, dès leur début, un collaborateur dévoué des *Archives provinciales de Chirurgie*. Son activité scientifique était grande et ses travaux occupaient une large place dans les séances de la Société de Médecine de Grenoble et dans le *Dauphiné Médical*. Il a puissamment contribué à la réorganisation de cette Société et de ce journal. Aussi la mort du Dr Montaz laissera-t-elle un vide difficile à combler dans le Dauphiné. M. B.

— M. le Dr LAGNEAU, membre de l'Académie de Médecine, ancien président de la Société d'Anthropologie, vient de mourir au moment où nous mettons sous presse. Nous publierons, dans notre prochain numéro, un article nécrologique sur ce savant confrère.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRES MÉDICAL*

RECHERCHES CLINIQUES & THÉRAPEUTIQUES

SUR

l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie

Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'**année 1895;**

Par BOURNEVILLE

Avec la collaboration de MM. BONCOURT, COMTE, DARDEL, DUBARRY, LERICHE, LOMBARD, J. NOIR, PILLIET, RUEL, SOLLIER et TISSIER, internes ou anciens internes du service.

Tome XIV. Un beau volume in-8° de LXXI-254 pages, avec 31 figures et 8 planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Le Rédacteur-Gérant: BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCCr), RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IV. N° 36. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 5 SEPTEMBRE 1896.

Le Progrès Médical

OPHTALMOLOGIE

Les corps étrangers migrateurs de l'œil et leur extraction;

par L. de WECKER.

Jusqu'à présent il était admis, lorsque l'on rencontrait dans la partie déclive de la chambre antérieure un corps étranger qui avait depuis longtemps pénétré dans l'œil et qui soudainement provoquait une vive irritation, que ce corps vulnérant avait tout d'abord dû siéger dans la capsule cristallienne perforée, où il était toléré, et que ce n'était qu'après résorption de la cataracte traumatique que l'éclat de cuivre, d'acier, de pierre, etc., était tombé dans la chambre antérieure.

Je crois, comme du reste je l'ai professé moi-même (*Traité complet*, t. II, p. 389), qu'il est erroné d'admettre que les corps étrangers, non sujets à la décomposition chimique, seraient longtemps supportés dans la chambre antérieure ; les choses doivent se passer de la même façon que nous l'observons lorsque nous rencontrons des malades qui viennent d'être victimes d'un accident à la suite duquel le corps vulnérant n'a pas dépassé la chambre antérieure. En général, la présence du corps étranger chez ces malades ne paraît pas être bien supportée et l'irritation persistante de l'œil nous engage à ne pas retarder l'enlèvement du corps vulnérant.

Lorsqu'il se présente des malades qui rapportent leur blessure à une époque très éloignée et qui déclarent que leur œil, resté calme pendant des années, vient seulement depuis peu de s'enflammer, si alors on aperçoit un corps étranger occupant l'angle inférieur de la chambre antérieure, nous ne devons pas rapporter l'apparition des phénomènes irritatifs à la chute du corps étranger de la capsule du cristallin vidée par absorption des masses cataractées, ni admettre, si le cristallin est intact, que le corps étranger aurait été pendant des années bien toléré dans la chambre antérieure et que c'est soudainement, peut être en changeant de place, qu'il aurait provoqué l'inflammation de l'œil.

Nous prouverons, en effet, tout à l'heure, par des observations irréfutables, qu'il n'en est pas ainsi. Le corps vulnérant a été supporté sans irritation tant qu'il se trouvait encastré dans les membranes enveloppantes de la profondeur de l'œil, ou tant qu'il séjournait dans les parties déclives du corps vitré ; mais dès que, *par migration, aidé du courant lymphatique et du mouvement que lui imprime son enveloppe de leucocytes*, le corps étranger a pénétré à travers l'iris dans la chambre antérieure, où il obstrue une partie de l'angle iridien et de la zone de filtration oculaire, il provoque des symptômes irritatifs plus ou moins sérieux.

Cette *migration* est-elle propre à tous les corps vulnérants de l'œil, n'est-elle reservée qu'à ceux qui sont plus ou moins libres, offrant un volume et un poids plus ou moins élevés ? C'est là une étude à poursuivre expérimentalement et cliniquement. Mais ce qui nous importe surtout pour la pratique, étant donné le fait indéniable de la *migration* des corps étrangers de l'œil, ce sont les considérations suivantes :

1° Lorsqu'on rencontre dans la chambre antérieure un corps étranger ayant pénétré dans l'œil depuis des années et qui ne provoque une irritation que depuis fort peu de temps, on n'est nullement autorisé, vu l'absence prolongée de toute inflammation, à admettre que le corps étranger aurait pendant toute une longue période séjourné impunément *dans la chambre antérieure*. Selon toute probabilité, les phénomènes irritatifs concordent avec l'invasion dans cet espace du corps étranger ayant cheminé d'arrière en avant ;

2° L'enlèvement de pareils corps immigrés ne doit pas se faire par une plaie située au voisinage du point d'immigration, c'est-à-dire vers la périphérie de la cornée, mais bien du côté opposé, en pleine cornée.

Nous n'avons pas eu, comme M. Denig, le rare bonheur de pouvoir suivre directement la migration du corps étranger dans nos deux observations rapportées plus loin, mais sans connaître encore sa relation si concluante, nous n'avons pas hésité un instant à admettre dans nos deux cas l'immigration d'arrière en avant du corps vulnérant dans la chambre antérieure, et à sentir la nécessité de modifier, à cause de cette immigration, le procédé opératoire.

Voici le fait relaté brièvement par M. Denig : Le 17 janvier 1891, un fragment de cartouche fut projeté, à la chasse, dans l'œil droit d'un homme de 28 ans. Le corps étranger avait traversé cornée, cristallin et corps vitré, et pouvait être aperçu à l'ophtalmoscope dans la rétine, près de la macula. Après quatre semaines, le corps étranger s'étant dégagé de la rétine, descendit, entouré d'une épaisse opacité, dans le corps vitré et y resta des années. Pendant ce temps, il s'était formé autour de la macula, un anneau d'un fin piqueté ; en outre, l'opacité cristallienne qui, au début, n'avait été que partielle, se compléta, et le cristallin fut extrait par le Pr de Michel avec le meilleur résultat (avec + 11 V = 1).

Après quatre ans et quart, le corps étranger, avec de légers phénomènes d'iritis, se présenta, entouré d'un manteau de leucocytes, vers l'encoignure inférieure de l'iris. Au bout de cinq mois, il avait non seulement perforé l'iris, mais encore la cornée, et il se montrait sous l'aspect d'un éclat de cuivre aplati, pesant 2 milligrammes d'une longueur d'environ 2 à 3 millimètres et d'une largeur de 1/2 millimètre. Il était entouré d'un enduit noirâtre. L'auteur avait encore observé que, lorsque l'éclat se présenta dans l'angle iridien, il se développa peu à peu du manteau de leucocytes qui l'enveloppait un filet fin de fibrine qui s'épaissit et s'allongea avec le temps pour flotter ensuite en sens vertical dans la chambre antérieure et se diriger vers le champ pupillaire où il s'accolla aux légers débris capsulaires, ce qui faisait songer à l'action d'un courant lymphatique s'exerçant dans la chambre antérieure (*Klinische Monasblätter*, juin 1896, p. 211).

Pour ce qui concerne notre premier malade, l'apparition soudaine de phénomènes irritatifs causés par un

corps nullement oxydé plaidait pour son immigration, mais ce qui démontre ce cheminement du corps vulnérant, c'est sa disparition dès qu'une incision fut pratiquée. Il reprit alors, comme je le fis remarquer à mes élèves, le chemin qu'il avait parcouru pour pénétrer dans la chambre antérieure. Un phénomène encore intéressant à noter, c'est sa réapparition à deux reprises dans la chambre antérieure accompagnée d'un cortège de leucocytes.

Chez le second malade porteur d'un volumineux fragment de fer occupant la chambre antérieure, nous avions la preuve manifeste d'une immigration, attendu que le blessé avait été opéré par nous de sa cataracte traumatique et qu'un corps étranger de cette dimension n'aurait pu échapper à notre observation. Ce malade, pendant les six années qui suivirent son opération, n'avait pas éprouvé la moindre incommodité. Il faut encore remarquer ici de quelle façon particulière le corps étranger se trouvait logé dans l'angle iridien où il simulait tout d'abord un hyphéma ou encore une iridodialyse très étroite. Chez le premier blessé, le point de pénétration du fragment capsulaire ne pouvait être découvert, ni du côté de la cornée, ni du côté de la sclérotique ; chez le second malade, la blessure de la cornée et du cristallin, situé en haut et en dehors, ne concordait nullement avec l'endroit où siégeait six ans après le corps vulnérant.

Voici d'ailleurs ces deux observations :

La première a trait à un jeune garçon de 12 ans qui se présenta à la clinique le 19 mai 1896. Il avait reçu onze mois auparavant, dans un tir forain, une blessure de l'œil droit qui avait laissé pour quelques jours l'organe rouge et sensible. Pendant plus de dix mois, l'œil blessé n'avait offert aucune altération apparente, lorsque, brusquemment, il y a huit jours, de vives douleurs se montrèrent et la *moitié inférieure* de la cornée devint le siège d'une opacité diffuse absolument identique pour l'aspect à une kératite parenchymateuse, mais s'en distinguant par l'extrême sensibilité de l'œil. A l'observation directe en face, il était impossible d'apercevoir quoi que ce soit d'anormal dans la chambre antérieure ; ce n'est qu'en se plaçant derrière le malade assis qu'on pouvait très aisément voir un fragment de capsule, offrant l'éclat brillant du cuivre, logé dans l'angle iridien. Rien ne semblait plus aisé que d'extraire par une section assez périphériquement placée et assez large ce corps étranger peu volumineux, mais il n'en fut pas ainsi (1). A peine si la section était achevée, et comme je me disposais, avec la curette de Daviel, à faire échapper l'humeur aqueuse, le corps étranger avait disparu pour reprendre probablement son emplacement primitif dans la chambre postérieure, en passant à travers la périphérie de l'iris. Comme cet enfant, en sortant de l'anesthésie, avait chassé son iris dans cette plaie périphérique, je me vis contraint de pratiquer l'iridectomie. Il n'y eût que fort peu de réaction : Le fragment de capsule réapparut quelques jours après au voisinage du bord inférieur de la pupille artificielle, mais cette fois il était entouré d'un petit flocon de pus. Je fis une nouvelle tentative d'extraction en donnant à la plaie une plus grande étendue, mais, au moment où le flocon de pus s'échappait hors de la plaie, cette fois encore le fragment de capsule faisait un plongeon dans la chambre postérieure. Ces deux interventions eurent toutefois pour résultat de débarrasser l'enfant de ses douleurs, mais l'infiltration diffuse de la cornée s'accentua. Cette fois encore on vit réapparaître l'éclat métallique dans la partie la plus déclive de la chambre antérieure, entouré, à cette nouvelle immigration, d'un flocon assez volumineux de pus. Comme il fallait à tout prix arriver à débarrasser l'œil de ce corps vulnérant, qui pouvait même devenir dangereux pour le congénère, je résolus de me frayer un chemin en sens opposé. Je fis avec un couteau lancéolaire, et en pénétrant assez perpendiculairement à la surface cornéenne, une section occupant la moitié externe du diamètre horizontal de la cornée. Après brusque retrait du couteau, je fis écouler d'un coup l'humeur aqueuse en écartant les lèvres de la plaie avec la curette de Daviel. Cette manœuvre eut pour avantage, en évacuant le pus, d'entraîner en haut le fragment de capsule et de le remonter vers la plaie. Rien ne fut alors plus aisé que de charger cet éclat dans la cavité de la curette et de l'amener au dehors. L'œil ainsi débarrassé de ce corps étranger se guérit rapidement avec une parfaite acuité visuelle.

Le second cas d'extraction d'un corps étranger couché dans l'angle iridien de la chambre antérieure concerne un jeune homme de 25 ans, qui, 6 ans auparavant, avait reçu à l'atelier, dans l'œil droit, un éclat de fer, comme nous ne l'avons su que plus tard, car il s'était présenté avec une cataracte traumatique qui fut extraite un an après avec bonne acuité visuelle, et, à ce moment, l'on devait d'autant moins songer à la présence d'un fragment métallique dans l'œil que la guérison s'opéra très simplement. Cet organe resta même pendant six années absolument dépourvu de toute sensibilité morbide et de toute irritation même la plus légère. Brusquement, une dizaine de jours avant que le malade ne se présente de nouveau au mois de mai 1896 à la clinique, son œil autrefois blessé s'injecta et devint très douloureux. On constata alors dans la région déclive de la chambre antérieure une partie noirâtre et allongée faisant immédiatement songer à la présence d'un corps étranger, quoique, suivant la position de la tête du malade, cette masse foncée subit un certain déplacement comme eût pu le faire un hyphéma. L'exploration avec l'aimant ne fut malheureusement pas pratiquée ; le malade soutenait d'aillleurs que si quelque chose était resté dans son œil, ce ne pouvait être, d'après ce qu'il se souvenait de son accident, qu'un fragment de pierre. Néanmoins, je fis séance tenante une exploration à travers une étroite plaie située dans le rayon externe du diamètre horizontal de la cornée. Une fine gouge en arrivant sur la masse noirâtre ne permit d'opérer ni évacuation ni déplacement, et le doute se présentait alors si, en dépit de la légère mobilité de cette masse, on n'était pas dupe de quelque illusion optique et si on ne prenait pas pour un corps étranger un simple détachement de l'iris, une iridodialyse difficile à apprécier à cause du trouble cornéen. Cette exploration eut du moins pour résultat de calmer les douleurs et le malade resta en observation. Huit jours après, ayant encore constaté un léger déplacement du filet noirâtre occupant le fond de la chambre antérieure, l'idée me vint de tenir la tête du malade fortement renversée en arrière pendant quelques instants, et je pus alors, en dépit du trouble de la cornée, constater qu'une extrémité de filet noirâtre se détachait de l'angle iridien et projetait à l'éclairage oblique une ombre sur l'iris. Nul doute alors ne pouvait subsister sur la présence d'un corps étranger. Je n'avais pas à redouter, vu la forme allongée du fragment à extraire, qu'il ne plongeât, comme dans le cas précédent, après l'incision, dans la chambre postérieure. Je fis donc avec un très étroit couteau de de Graefe une large incision longeant le bord inférieur de la cornée, mais je rencontrai de sérieuses difficultés pour amener ce corps dans le creux de la curette de Daviel, car l'ayant, dans cette manœuvre, repoussé vers le centre de la cornée, il se produisit une iridodialyse d'autant plus menaçante pour la chute du fragment dans le corps vitré qu'il n'existait plus de cristallin. En outre, la longueur du corps étranger dépassait les dimensions de la curette, car, mesuré après son extraction, il présentait 5 millimètres de longueur sur 1mm 1 2 dans sa plus grande largeur et pesait 15 milligrammes ; il offrait assez exactement l'aspect d'un fer de lance. Je me vis alors contraint d'agrandir mon incision et de pratiquer une iridectomie pour saisir enfin ce volumineux corps étranger sur la curette. Le malade guérit promptement. L'opération aurait été singulièrement simplifiée et l'iridectomie évitée, si nous avions pratiqué en pleine cornée, dans le diamètre horizontal, une large section. En utilisant l'électro-aimant, nous aurions conduit le petit fragment de fer dans une position où il eut été facile de l'amener au dehors avec la curette de Daviel.

(1) Cet éclat mesurait exactement 2 millimètres dans sa largeur sur 1 millimètre de hauteur et pesait 9 milligrammes.

Les péripéties auxquelles ont donné lieu ces deux extractions pratiquées devant mes élèves, au cours de mes leçons cliniques, pourront certes leur servir d'enseignement précieux pour la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers immigrés dans la chambre antérieure, mais je dois reconnaître que je serai, moi le premier, à en faire mon profit, car le fait de l'immigration d'arrière en avant des corps étrangers, connue depuis longtemps pour ce qui se passe dans l'orbite, est un phénomène qui ne s'est trouvé mis en évidence que tout récemment par les observations qui précèdent. Il est donc de toute urgence de modifier le procédé d'extraction de ces corps vulnérants dans le sens que nous venons d'exposer.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Sur l'Éclairage électrique de l'estomac;

par le Dr **Paul CORNET.**

L'exploration lumineuse de l'appareil digestif et de l'estomac en particulier n'a pas encore bénéficié de l'heureuse application de Roentgen à la découverte des lésions osseuses et des corps étrangers opaques. D'autre part, et malgré toutes les finesses apportées par Glénard, l'appréciation externe à travers la paroi abdominale est souvent trompeuse. Bianchi lui-même, avec son phonendoscope, nous permet *peut-être* de serrer de plus près le contour des organes, mais pas toujours. Bref, tous les moyens d'information, y compris la percussion et la palpation, n'excluent pas la tentation ni le besoin de voir par transparence l'intérieur de la cavité gastrique. C'est pourquoi la gastrodiaphanie nous offre encore son importance et son utilité; relatives, si l'on veut, comme peut l'être tout procédé pris isolément, mais néanmoins précieuses, comme tout ce qui peut s'ajouter aux autres moyens d'investigation. On a donc eu tort, à notre sens, d'abandonner comme à tout jamais un procédé, qui, malgré maintes imperfections, et maints déboires causés, demeure néanmoins, ainsi que nous l'allons montrer, susceptible de rendre, dans certains cas, certains services.

Rappelons d'abord que l'idée première d'éclairer certaines cavités du corps par une lumière revient à Cazenave (Diaphanoskopie, 1845). En 1860, Czermak et Gerhard, puis Stok et Valtolini, voulurent éclairer le larynx, et vers la même époque, Fonssagrives chercha l'application des tubes de Geissler à l'éclairage des cavités du corps. Mais l'emploi de la lumière électrique est dû à Bruck de Breslau, lequel en 1867, eut recours à un instrument semblable au spéculum, (avec fil de platine et relié à une batterie de Middeldorph,) pour éclairer le rectum et le vagin, et par voisinage, la vessie. Enfin, l'estomac de l'homme a été éclairé pour la première fois par Einhorn, dont on utilise encore aujourd'hui, avec de légères modifications, l'appareil si commode.

Voici d'autre part, comment nous procédons : Le malade dont l'estomac doit être complètement vide de toute matière alimentaire, récente ou stagnante, est placé nu, jusqu'aux hanches, dans une grande pièce, convertible en chambre noire. On introduit avec toutes précautions d'usage, la petite lampe électrique et son tube, en favorisant le glissement pharyngien par un peu de glycérine, et après limitation relative de la grande courbure pour fixer le tube à distance approximative convenable. Ce tube qui protège les fils électiques, est creux, et communique avec l'extérieur par un petit robinet; de sorte qu'il est possible de verser dans l'estomac à l'aide d'une seringue dont on connaît le volume, la quantité d'eau nécessaire; et cela : 1° pour écarter convenablement l'une de l'autre les parois gastriques; 2° pour empêcher la radiation calorique ; 3° pour favoriser la radiation lumineuse. On verse ainsi, lentement, de 600 à 1200 centimètres cubes d'eau distillée tiède à 35°, en tenant compte, au moment des conclusions de l'examen électrique, de l'abaissement plus ou moins bas de la grande courbure produit nécessairement par le poids du liquide introduit. Au lieu de verser ainsi le liquide, on a conseillé de le faire avaler d'abord par le malade et d'introduire ensuite seulement la lampe électrique. Cette manière de faire nous paraît défectueuse ; d'abord parce que le sujet à examiner ne peut pas toujours, avec la meilleure volonté, boire 600 à 1200 grammes d'eau tiède; ensuite parce que c'est prolonger de beaucoup, et bien inutilement, une situation qui n'est rien moins que désagréable. Il arrive que pendant l'examen, le patient salive beaucoup ; il est donc nécessaire qu'un aide maintienne un mouchoir et mieux une serviette au menton du malade, et au besoin favorise la sortie des crachats dont le séjour dans la bouche peut provoquer des nausées pénibles. On examine aussi vite que possible, en marquant au crayon dermographique ou de nitrate d'argent, les limites de la portion lumineuse. Chez les maigres, cette démarquation est très simple, attendu que la partie éclairée brille dans son ensemble. Chez les adipeux, la transparence est moindre et jamais uniforme ; il faut une pression des doigts pour apercevoir la lumière et suivre au crayon les contours lumineux. Quand la couche adipeuse est par trop épaisse, la transparence est évidemment nulle et quoiqu'on fasse. Enfin, après l'exploration, il y a lieu de retirer par siphonnage une quantité variable du liquide introduit, jusqu'au minimum de 600 gr. environ

Nous avons pratiqué jusqu'ici 70 éclairages électriques, dont 25 sans résultat, 15 avec interprétation douteuse, 8 avec une importance confirmative, et 22 avec valeur décisive. Ainsi dans 22 cas, où la percussion, pour des raisons diverses, était impossible ou trompeuse, l'éclairage électrique a permis d'apprécier certaines particularités inappréciables sans lui. La *Fig.* 21 représente précisément un cas de dilatation, positivement reconnue par cet unique procédé (1). Dans la *Fig.* 20, il s'agit d'un cas de dilatation en largeur, tel que Boas l'a signalé (2). La 3e figure (*Fig.* 22) signale les trois seuls points transparents, (A, B, C), comme on le constate assez souvent, chez un énorme dilaté, venu le matin à jeun, mais dont on avait négligé de vider l'estomac. En effet, après évacuation de 2 litres d'un liquide alimentaire et sale, la lampe électrique a permis un tracé se rapprochant de celui de la *Fig.* 20. Enfin, et en quatrième lieu (*Fig.* 23), il est question d'un malade chez lequel deux tumeurs, ou deux parties d'une même tumeur, appréciable à la palpation, sont traduites à l'éclairage par deux ombres, A et C. La partie ombrée B, semble être l'interception formée par le grand droit antérieur. Il est à noter que, dans ces quatre observations, comme dans bien d'autres, nous n'avons pu obte-

(1) Femme Lal., 27 ans, baillements, faiblesse croissante, idées noires, éblouissements, étouffements. Pas de vomissements, ni douleurs. Diurèse normale. Le tracé figuré plus haut, représente exactement, toutes proportions gardées, le contour tracé au nitrate d'argent, de la zone lumineuse.

(2) Boas. — *Diag. und Ther. der Magenkr.* II Theil, p. 98, 1895.

nir nettement l'éclairage du grand cul-de-sac, comme l'ont vu certains auteurs (1). Il nous paraît également difficile, d'apprécier, avec la zone d'éclairage, les mouvements respiratoires, au point de distinguer ainsi, comme *a priori*, la gastrectasie, de la simple descente

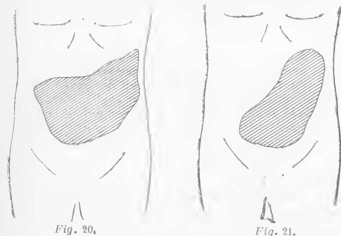


Fig. 20. *Fig.* 21.

du ventricule. (Kuttner et Jacobsohn). Mais, malgré ces réserves et les imperfections encore notables de l'éclairage électrique, il nous semble que ce moyen d'exploration ne mérite pas l'ostracisme où l'ont jeté si vite certains auteurs (Boas, Bouveret, Mathieu, Debove et

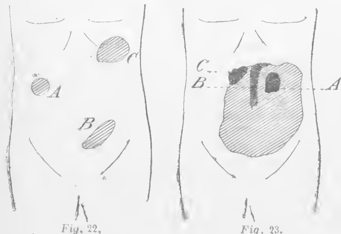


Fig. 22. *Fig.* 23.

Reymond, etc.). En nous basant sur nos expériences systématiques, nous sommes de l'avis de ceux qui admettent encore ; 1° Que l'éclairage électrique permet de reconnaître rapidement une dilatation de l'estomac, et très souvent une gastroptose. 2° Que par ce procédé, l'existence de certaines tumeurs et d'un épaississement de la paroi antérieure, peut être confirmée ou reconnue.

Il suffit d'ailleurs, qu'un moyen d'investigation se soit montré utile dans certains cas, et indispensable dans quelques autres, pour qu'on le retienne aux fins d'amélioration. C'est ce que nous continuons à vouloir.

(1) Boas. — *Ibidem.* I Theil, p. 110.

Les Médecins Conseillers généraux.— Dans les *Pyrénées-Orientales* sont élus : président, M. le Dr Emile Parès, radical; secrétaires : MM. les Drs Marie et Calmon, républicains. — Dans le *Calvados* est élu président, M. le Dr Turgis, sénateur, républicain.

Fièvre typhoïde en Turquie. — La fièvre typhoïde décime l'armée turque; un convoi de deux cents malades vient d'arriver à Damas.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Médecins poètes: Jean Lahor.

Nous sommes en pleines vacances. La Médecine chôme, sinon les Médecins. L'Académie elle-même se délecte d'un repos bien gagné, quoique non officiel, et, pour cette semaine, les Congrès font presque grève. L'actualité faisant défaut, revenons, pour un jour, à nos études d'antan (1), aux choses légères, et continuons la série des médecins poètes ou plutôt la revue de leurs œuvres.

Aujourd'hui, restons-en encore à Jean Lahor, notre excellent ami, *alias* le Dr Cazalis (d'Aix-les-Bains). Il vient, chez Lemerre, de faire paraître en effet un nouveau volume, qui vaut ses devanciers: *Les Quatrains d'Al Gazhali* ! Quel souffle et quelles envolées vers les calmes régions de la pure philosophie!

Pour qui n'a pas la compétence de notre confrère en littérature orientale et moderne, cette merveilleuse poésie, aux vers paisibles, mais solides (oh, combien !), demeurer a peut-être légèrement obscure, voire même un peu fantasque. Pour les initiés, par contre, pour les amoureux du rythme, pour les amants... de tout ce qui n'existe pas, c'est un charme exquis que la déclamation à voix basse de ces doux alexandrins, coulant, sûrs d'eux, comme un ruisseau tranquille en une plaine infiniment verte... De temps à autres, quelques coups de clairons, bien lancés, bien sonores, comme s'il y avait encore de romaines poitrines pour les pousser à la face du monde barbare ; mais cet éclatement des cuivres n'est que passager. Partout, dans cette œuvre nouvelle, c'est le calme et la sérénité. On respire, en ces quatrains, une atmosphère extra-terrestre, et l'auteur, pour les semer en ses champs très fertiles, a sans doute dû planer longtemps au-dessus du Revard.

Il a l'âme pleine de pensées charmantes, notre cher poète, et c'est à se demander comment un homme de science, — car il en est un —, peut ainsi vivre dans les régions éthérées où il moissonne chaque jour. Pour nous, c'est plus qu'un problème : c'est un mystère.

Avec ces quatrains nouveaux, nous revenons aux *chants panthéistes*. C'est loin d'être du Lucrèce. Léo Claretie, qui s'y entend, analyse ainsi ces beaux vers, au ton si élevé.

« Abou Hamid Mohammed ibn Ahmed al Ghazali naquit dans le Khorassan au XIe siècle. D'âme aimante et d'esprit inquiet, il erra toute sa vie à la recherche de la vérité, de pays en pays, d'un système à l'autre. Il fut surtout séduit par les enivrantes rêveries du panthéisme musulman. Il fut longtemps soûfi, c'est-à-dire panthéiste, comme le fut Kheyam, le poète persan, son contemporain. Il condensa sa morale dans des écrits en prose, à la différence de Kheyam qui mit la sienne en Quatrains .. »

L'auteur a puisé dans le système de Ghazali son inspiration. Peut-être s'est-il cru tout à coup transporté lui-même dans la peau de l'antique personnage. En tous cas, c'est de main de maître qu'il a traité ces sujets, fort anciens, mais toujours nouveaux : « l'amour de la femme, l'amour mystique, le doute, et la pitié du renoncement. »

De l'Amour, cavale chérie, sur laquelle il s'emballe, comme tout poète de race, il passe par le pont du Dégoût et la route de la Satiété, pour se jeter dans le Mysticisme et la Divinité, gouffre où il ne rencontre que le Doute. Là, notre confrère est chez lui, et il traduit à son tour en quatre vers superbes le cri désespéré de cet excité sublime qui s'appela A. de Musset :

Sans mon assentiment, Allah, tu m'as fait naître,
Et je vais redescendre en l'inconnu béant,
Avant d'avoir compris le secret de mon être,
Dont la grandeur m'étonne autant que le néant.

(1) Voir, in *Progrès médical* (1895, 2e sem., p. 144 et 184), nos précédents articles sur le même sujet.

Notre ami, Jean Lahor, s'y connaît trop en homme ou plutôt en humanité dite civilisée, pour rester sur cette incertitude pire que la Mort pour le vulgaire. Aussi lance-t-il, à toute volée, une péroraison pleine d'espérance (sinon de conviction vraie, bien vraie), où l'Homme de Science réapparaît.

Qu'une nouvelle vie aimante en toi commence;
Multipliant en toi la joie et les douleurs,
Vois dans l'humanité comme ton être immense,
Et fais tiens ses espoirs, son ivresse et ses pleurs.

Jean Lahor, en tout cas, nous déclare qu'il croit au Progrès constant de l'Humanité et que l'avenir nous réserve des trésors de beauté et d'énergie.

Puisse-t-il être dans le vrai, ce prophète aimé des Muses? Qu'il doit donc faire bon vivre au fond des riantes vallées des Alpes françaises, où les sombres pensers ne peuvent franchir les monts qui les gardent si bien, pour avoir tant d'espoir au cœur, tant de vaillance à l'âme, tant de confiance en l'avenir!

Plaignez-les, Jean Lahor, ces affreux habitués du boulevard, que la lutte intensive et les misères vont désillusionnant chaque jour. Pourtant, parmi eux, de temps en temps, on en rencontre encore pour lesquels la place de l'Opéra n'est qu'un hôtel meublé... de Parisiennes charmantes et qui n'ont vraiment qu'un amour au ventre: celui de la Nature sauvage et de l'Humanité usée. Ils y retourneront un jour, près de leurs belles montagnes, ces égarés de la Vie : il y a encore des *Hommes* sous le beau ciel de France!

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

TROISIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE.

SESSION DE NANCY (6-10 août 1896) (*suite*) (1).

Séance du Samedi 8 août (soir) (fin).

De la simulation de la tuberculose pulmonaire par certaines infections bronchiques aiguës.

M. E. CASSAET (de Bordeaux). — On connaît de longue date les difficultés souvent considérables du diagnostic différentiel de certaines variétés de lésions pulmonaires subaiguës ou chroniques, comme la dilatation bronchique, d'avec la tuberculose fibro-ulcéreuse. Bien plus simple semble celui des affections bronchitiques aiguës, dont la rapidité d'évolution, la soudaineté du début, la terminaison ordinairement favorable est considérée comme une preuve certaine que la maladie est transitoire, accidentelle en quelque sorte. A voir les choses d'une manière moins superficielle, on se rend vite compte qu'il est loin d'en être ainsi et qu'il est impossible d'avoir une opinion assise, en l'absence du contrôle bactériologique. Ayant, en effet, procédé à l'examen systématique et sérié des crachats d'un nombre assez considérable de malades, qui affectaient tantôt le type clinique de la phtisie galopante avec son amaigrissement, sa fièvre, son expectoration verdâtre et sanguinolente, des râles cavernuleux et tous les signes de l'hecticité; tantôt celui de la tuberculose fibro-ulcéreuse subaiguë ; tantôt celui de la granulie avec les poussées arthralgiques, les hémoptysies, la cyanose, l'entérorrhagie, la méningite fruste et même la paralysie faciale; tantôt celui de l'infiltration sous-claviculaire et uni-latérale, j'ai pu me rendre compte que, bien loin de retrouver dans ces cas le bacille de Koch, on pouvait ne rencontrer que des espèces banales, comme le streptocoque, ou plus spécifiques comme le pneumocoque. Il faut donc être de plus en plus affirmatif sur l'insuffisance de la clinique, livrée à elle seule, quand il s'agit de ces infections bronchiques diverses et sur la nécessité du contrôle bactériologique que j'invoquais plus haut. Le fait est d'autant plus patent qu'en regard de ces formes bronchitiques, d'abord aiguës et plus stables ensuite, on pourrait facilement placer l'histoire d'autres bronchites, véritablement tuberculeuses celles-là, et qui n'en évoluent pas moins avec une très grande bénignité, pour s'éteindre ensuite d'une manière définitive, autant qu'on peut en juger par une expérience datant en ce moment de six années.

Recherches sur l'action des sérums dans le traitement des maladies mentales et nerveuses.

MM. MONRET et VIRES (de Montpellier). — Du sérum emprunté à un maniaque guéri est injecté à deux maniaques en pleine excitation. Au premier, ces injections, au nombre de trois, chacune de dix centimètres cubes, sont faites à deux ou trois jours d'intervalle et à un moment d'agitation. Elles sont suivies d'apathie et de somnolence. Douze heures après, le calme a disparu; une nouvelle crise se reproduit.

La deuxième malade, après l'injection, tombe dans un sommeil profond. Mais peu à peu son état physique et psychique s'améliore, et, finalement, elle sort du service guérie.

Les auteurs pensent que les injections ont joué un rôle favorable dans la guérison du malade. Quoiqu'il en soit, on peut affirmer ces deux points :

1° Le sérum sanguin de maniaque guéri, injecté à un maniaque excité, est inoffensif soit localement, soit au point de vue de la nutrition générale ;

2° Les effets hypnogènes de ce sérum sont très nets et très profonds.

Sur un tremblement incliné ou rythme respiratoire de Cheyne-Stokes.

M. PIC (de Lyon). — Tous les auteurs qui se sont occupés du Cheyne-Stokes ont signalé, après Traube, la possibilité de convulsions à la fin des pauses respiratoires de longue durée. Cependant, en fait, le phénomène a été rarement observé; rarement il l'a été d'une façon aussi prolongée que dans l'observation suivante.

Il s'agit ici d'un homme de 74 ans, tisseur, entré à l'hôpital Saint-Pothin, dans le service de M. Bard, le 13 janvier 1896, avec des signes d'athérome aortique avec poussées subaiguës, et accompagné d'une insuffisance aortique légère; en outre, il était atteint d'une néphrite interstitielle avec hypertension et bruit de galop à la pointe. Au mois de février, simple dyspnée d'effort, un peu d'œdème. Le 1er avril, je constate un myosis très accusé, de l'anasarque, de l'ascite, des signes de congestion des bases. Urines limpides et donnant par l'acide azotique un disque très net, quoique peu épais d'albumine. Le 12 avril, abattement et subdélirium continu. La dyspnée est très intense, et présente le rythme caractéristique du Cheyne-Stokes, combiné à des phénomènes moteurs également rythmiques : pendant la phase d'amplitude respiratoire décroissante, apparait un tremblement en masse des membres et surtout des membres supérieurs, d'aspect vaguement parkinsonien, mais plus brusque que celui-ci et à allures convulsives. Ce tremblement exagère ensuite au moment de la crise, phase, pendant laquelle il atteint son acmé, pour décroître rapidement et disparaître au début des respirations à amplitude croissante. La durée totale du rythme respiratoire et moteur à des diverses phases est de 40 secondes environ. Mort le 19 avril; le Cheyne-Stokes avait complètement disparu durant les derniers jours; à aucun moment, il n'y avait eu de symptômes paralytiques. L'autopsie a confirmé le diagnostic d'insuffisance aortique légère, de congestion pulmonaire double, d'hypertrophie du cœur consécutive à une néphrite interstitielle. Il s'agissait donc, chez mon malade, au cours d'une urémie due à une néphrite interstitielle, d'une respiration de Cheyne-Stokes un peu complexe, dans laquelle le trouble rythmique de la respiration était combiné de façon très régulière avec des troubles moteurs pareillement rythmés, mais alternant avec les premiers. Si l'on voulait, par un graphique, représenter le double phénomène noté simultanément, on aurait deux courbes exactement inverses, le maximum des oscillations de l'une des lignes coïncidant

(1) Voir *Progrès médical*, nos 33, 34 et 35.

avec l'absence d'ondulations de l'autre ligne et réciproquement, les ondulations croissantes de l'une avec les ondulations décroissantes de l'autre. Si l'on rapproche de cette observation quelques autres analogues, et notamment des observations III et V de la thèse de Biot (Lyon, 1878), il y a donc lieu de décrire, à côté du rythme de Cheyne-Stokes simple, un rythme de Cheyne-Stokes complexe avec phénomènes hyperkinétiques associés aux troubles respiratoires. Sans vouloir donner de ce phénomène une interprétation que seule l'expérimentation peut fournir, je crois pouvoir ajouter qu'il se dégage de l'étude de ces observations une présomption clinique en faveur du rôle, je ne dis pas exclusif, mais important du cerveau dans le mécanisme du Cheyne-Stokes. Les arguments physiologiques en faveur de cette théorie ont été bien résumés dans la thèse de Pachon (Paris, 1892). En clinique, d'autre part, on connaît l'obnubilation de la conscience pendant la période apnéique du Cheyne-Stokes; j'ai vu, comme les observateurs antérieurs, mes malades incapables de répondre pendant la période apnéique, interrompre à ce moment une phrase préalablement commencée. Inversement, j'ai vu le Cheyne-Stokes diminuer de netteté, la respiration devenir plus fréquente et plus ample, l'apnée manquer même complètement, lorsque j'interpellais vivement le malade; alors aussi les mouvements convulsifs faisaient défaut. Stern (Archiv. für Psychiatrie, 1895, et Congrès de Wiesbaden, avril 1896), a vu chez plusieurs malades, des oscillations fonctionnelles dans le domaine des sensibilités générale et spéciale, de la motricité, de l'intellect, de la circulation, alterner ou coïncider avec des troubles respiratoires périodiques, assimilables aux Cheyne-Stokes, si l'on accepte avec lui, ce qui paraît légitime, de réduire le phénomène du Cheyne-Stokes à la formule suivante : une respiration anormalement profonde et une pause respiratoire alternant régulièrement. Enfin, de la sorte, le Cheyne-Stokes apparaîtrait comme un cas particulier des oscillations périodiques, quand on rattache à des changements périodiques de l'état d'excitabilité de l'écorce cérébrale. Quoi qu'il en soit, la corticalité paraît jouer un rôle dans ces phénomènes, rôle sinon exclusif, du moins important. C'est, en effet, pendant l'apnée, c'est-à-dire au moment précis où la conscience s'obscurcit, que surviennent les mouvements convulsifs. Il semblerait que l'insuffisance temporaire du cerveau soit pour quelque chose dans l'exagération manifeste de la reflectivité médullaire, celle-ci pouvant être consécutive à la suspension de l'action inhibitrice du cerveau sur la moelle, comme l'admettent les classiques, ou plutôt à une rupture d'équilibre de la tension nerveuse génératrice, ainsi que l'enseigne le Pr Pierret (des états convulsifs, *Semaine médicale*, 1896, p. 121, et s.). En résumé, l'existence de phénomènes coordonnés moteurs, de même que celle des oscillations coordonnées dans le domaine sensitif, sensoriel, intellectuel ou circulatoire, la comparaison avec l'action de certains poisons sur l'écorce cérébrale, avec les troubles respiratoires dans les maladies mentales, plaident en faveur de la participation de l'écorce à la production du phénomène morbide des respirations périodiques, sans toutefois permettre de méconnaître l'importance des phénomènes d'ordre chimique ou réflexe dans la physiologie pathologique du Cheyne-Stokes.

Séance du Lundi 10 Août 1896.

Communications diverses.

M. A. Treille (d'Alger) propose d'adresser au Président du Congrès de Moscou de 1897, une dépêche lui annonçant la décision prise par le Congrès de changer la date habituelle du prochain Congrès de médecine interne, et de la reporter en avril 1898, afin que tous les Français puissent en grand nombre se rendre à Moscou.

Cette proposition est acceptée.

M. Ch. Thiry (de Maury). — *Etat fenêtré des valvules aortiques.* — Présentation de deux cœurs, dont les valvules aortiques et pulmonaires présentent les lésions décrites sous le nom d'état criblé, réticulé, perforé ou fenêtré des valvules sigmoïdes (petites fentes linéaires, observées surtout sur les parties latérales des valvules, dans le voisinage de leurs angles d'insertions et près du bord de la valvule).

Cette lésion est considérée comme d'origine atrophique; on admet qu'elle est produite par une résorption moléculaire analogue à celle qui aboutit à la production des petits trous que l'on observe dans le péritoine et dans toutes les valvules de l'organisme : valvules mitrales, triscupidienne, de Vieussens, valvules de veines.

Cet état criblé avait été décrit par Corrigan comme l'une des causes de l'insuffisance aortique. Mais cette opinion a été fort contestée ; en effet, les petits pertuis siègent en un point où les valvules s'accolent aux voisines. Parmi les cœurs présentés, le n° 1 présente ces lésions. Pendant la vie, il n'avait aucun symptôme cardiaque morbide.

Le n° 2, au contraire, est celui d'un malade qui présentait le symptôme classique de la maladie de Corrigan : Pouls bondissant, souffle diastolique à la base. Et cette maladie a entraîné sa mort. Sur la pièce, on voit par quel processus l'état fenêtré a pu arriver à produire l'insuffisance : deux valvules voisines, par suite du processus atrophique très intense au niveau de leur insertion ont été détachées, ont basculées sous l'influence de la pression artérielle. M. Derlon, en 1867, a présenté à la Société anatomique de Paris un cas analogue.

M. Spillmann fait une communication sur l'*urologie du typhus exanthématique*. — Voici les conclusions de ce travail : 1° La ptomaïne typhique, même à forte dose, bien que pyrétogène, n'est pas toxique pour le lapin ; 2° La toxalbumine typhique, même à dose considérable, ne tue pas le lapin. Elle occasionne simplement des phénomènes toxiques (diarrhées, accélération de la respiration). L'urine elle-même est peu toxique, elle présente pour le lapin un minimum de toxicité. Ce fait s'explique par les symptômes urémiques observés et par les lésions rénales trouvées à l'autopsie.

MM. Auché et Carrière (de Bordeaux). — *Contribution à l'étude histologique. Epanchements hémorrhagiques de la plèvre.* — L'étude histologique de la plèvre est encore à faire, car on ne trouve dans la littérature médicale que des renseignements grossiers et peu précis à ce sujet.

Nous avons recueilli trois observations d'épanchements hémorrhagiques des plèvres d'origine tuberculose. Nos conclusions sont les suivantes :

1° La composition histologique des épanchements hémorrhagiques de la plèvre est plus variable, tant au point de vue de la quantité du sang épanché qu'au point de vue de la proportion des différents éléments cellulaires qu'ils enferment;

2° Le rapport des globules blancs à celui des globules rouges est très différent de ce qui existe dans le sang normal. Le nombre des globules blancs est tantôt à peine augmenté, tantôt il peut atteindre le chiffre des hématies (Obs. III) ;

3° Le rapport qui existe entre les différentes variétés des globules blancs est aussi très variable. Tantôt, il est normal (Obs. III), tantôt la proportion est renversée et le nombre des cellules éosinophiles l'emporte sur celui des globules blancs ; tantôt enfin, les lymphocytes grands et petits sont plus nombreux que les leucocytes poly ou mononuclés;

4° Le nombre des cellules éosinophiles est très variable : elles peuvent n'être pas plus nombreuses que dans le sang normal. Leur chiffre peut, dans d'autres cas, s'élever au-dessus du chiffre total des autres variétés de globules blancs ou rester dans des limites intermédiaires ;

5° Les caractères microscopiques des cellules éosinophiles sont aussi très variables. Quelquefois elles ont leur aspect normal, elles sont volumineuses, ont les dimensions d'un leucocyte ordinaire et présentent un noyau contourné ou plusieurs noyaux. D'autres fois, ce sont de gros lymphocytes dont un segment seulement de l'atmosphère protoplasmique serait farci de granulations éosinophiles. D'autres fois enfin, elles ont l'aspect de petits lymphocytes : elles ont un seul noyau arrondi très fortement coloré, entouré d'une très mince couche de protoplasma. Une certaine étendue de cette enveloppe protoplasmique est remplie de grains éosinophiles disposés sous forme d'une calotte appliquée sur le noyau. A ce niveau, la couche protoplasmique est un peu épaissie, aussi la cellule est-elle déformée et bombée en ce point. Les grains éosinophiles sont d'ailleurs en nombre très variables : tantôt ils sont peu abondants, con

glomérés dans une étendue limitée de la cellule, tantôt la moitié de la cellule en est remplie. Ces différents aspects des cellules éosinophiles peuvent se rencontrer chez le même malade (Obs. I et II), et se présenter avec des degrés de fréquence variable. Chez tel malade, on ne trouve que de gros éléments éosinophiles (Obs. III), chez tel autre, ce sont les petits qui sont en majorité (Obs. I) ;

6° L'augmentation du nombre des cellules éosinophiles dans l'épanchement coïncide avec une augmentation de ces mêmes éléments dans les crachats et dans le sang de la circulation générale. Mais nous ignorons quels sont les rapports qui existent entre ces trois termes, et savoir si l'augmentation des cellules éosinophiles dans le sang est cause ou effet de l'abondance de ces éléments dans l'épanchement et si la richesse de ce denier est résultant ou cause de la présence de ces cellules dans les crachats ;

7° Nous espérons que des recherches ultérieures nous permettront de savoir quels sont les rapports qui existent entre ces différentes variations, la durée, la marche et la cause de l'épanchement.

M. Hervouet (de Nantes). — *De l'hyperchlorhydrie et de l'hypochlorhydrie au point de vue clinique.* — La dyspepsie provient de l'insuffisance de sécrétion du suc gastrique et des mouvements de l'estomac. Quand à l'hyperchlorhydrie, son existence n'est pas encore suffisamment prouvée.

M. Maurel étudie l'*albuminurie arthritique*. Il définit cette albuminurie, établit sa fréquence chez les arthritiques et décrit ses principaux symptômes. Puis il étudie son pronostic, son traitement, sa nature et surtout son mécanisme. Ses conclusions sont les suivantes :

1° Il existe une albuminurie arthritique pouvant être isolée et caractérisée surtout par des albumines modifiées; 2° Elle relève des mêmes causes que l'obésité et le diabète, dont les principales sont : l'hérédité et la suralimentation; 3° Son pronostic est léger; 4° Son traitement consiste surtout dans le dosage de l'alimentation; 5° Tenant compte qu'elle n'apparaît que sous l'influence de la surdimentation et qu'elle disparaît avec elle, M. le Dr Maurel arrive à la considérer comme un moyen de défense de l'organisme; 6° Enfin M. le Dr Maurel, faisant un rapprochement entre cette albuminurie, l'obésité et le diabète et certaines hypersécrétions muqueuses qui toujours, ont pour résultat de débarasser l'organisme d'un excès de substances albuminoïdes, est conduit à les considérer également comme des procédés de défense de l'organisme.

M. Crocq père (de Bruxelles). — En Belgique, nous observons l'arthritisme et l'albuminurie. Je trouve qu'on a trop élargi le cercle des albuminuries. La présence de la nucléo-albumine ou mucine ne constitue pas l'albuminurie.

La peptonurie marque la présence de peptones dans le sang, substance toxique dont le sang débarrasse alors l'organisme. Quand il y a albuminurie, il y a seulement de la sérine et de la séro-albumine dans l'urine. En outre, il y a dans l'albuminurie toujours lésion rénale, il y a de la néphrite interstitielle. Le tissu connectif est d'abord seul affecté, il n'y a pas au début de l'albumine dans l'urine ; pour que l'albumine survienne, il faut que l'épithélium rénal se desquame et laisse passer l'albumine du sang dans l'urine. La suralimentation, l'ingestion de certaines boissons provoquent l'inflammation et la desquamation. Le malade peut guérir alors de son albuminurie passagère due à la suralimentation, mais garde ses lésions de néphrite interstitielle.

M. le Dr Maurel est heureux de voir les opinions qu'il a émises sur l'existence des albuminuries arthritiques et sur l'influence de la suralimentation sur leur production être confirmées par la grande autorité de M. Crocq.

Quant à la question des lésions rénales, la divergence d'opinion lui semble venir surtout de ce que M. Crocq et lui n'ont pas le même point de départ. M. Crocq ne comprend dans les albuminuries que les sérinuries et les globulinuries, tandis que M. Maurel comprend toutes les variétés d'albumine. Or, il est possible que le sérum ne passe qu'à travers un rein altéré; mais il ne voit pas pourquoi une substance dialysable ne passerait pas à travers le filtre rénal.

M. Garnier (de Nancy). — Je demanderai à M. Maurel si dans le cas d'albuminurie arthritique dont il parle, la nature de l'albumine urinaire en tant que peptone ou propeptone a *chimiquement été* constatée ; car, si c'est de l'albumine ordinaire, sérine ou globuline, comment expliquer la déshydratation dans le tissu rénal de la peptone produit de digestion intestinale ?

M. Maurel. — Je ne fais pas moi-même mes analyses. Je n'ai pas de peptonurie dans mes résultats ; mais le plus souvent il se trouvait un mélange de sérine et de substances albuminoïdes. Je n'ai jamais constaté non plus de nucléo-albumine.

Il s'agit de suralimentation, cas où les peptones ou albuminoïdes sont en grande abondance. De plus, les liquides organiques ont besoin d'oxygène pour se maintenir à l'état intégral ; sinon, les substances albuminoïdes passent à l'état d'hydratation ; la sérine par défaut d'oxygène due à des substances organiques hydratées, est devenue dialysable et traversera le filtre rénal.

M. Pic. — *Sténose du duodénum adhérent à une vésicule cancéreuse.* — J'ai observé, l'année dernière, un nouveau fait très remarquable montrant combien la sténose de la première portion du duodénum peut revêtir, à s'y méprendre, l'ensemble symptomatique de la sténose pylorique vraie. Il s'agit d'une femme de 58 ans, entrée à l'hôpital le 2 septembre 1895; cette malade, ayant des antécédents lithiasiques héréditaires, n'avait en elle-même d'autre affection antérieure que des coliques hépatiques, dont la première avait eu lieu 12 ans auparavant, et qui se renouvelèrent plus ou moins souvent pendant 9 ans environ. Depuis 3 ans, elles ont disparu. Mais depuis six semaines, la malade accuse des douleurs gastriques deux ou trois heures après avoir mangé. Distension de la région susombilicale de l'abdomen ; clapotage et ondulations péristaltiques et antipéristaltiques très visibles à ce niveau. Au-dessus de l'hypocondre droit, au siège de la vésicule, petite tumeur dure mobile suivant les mouvements respiratoires. L'insufflation paraît montrer que cette tumeur siège au niveau de l'extrémité pylorique adhérente au-dessous du foie. Un peu d'HCl libre dans le liquide d'un repos d'épreuve, réaction peu nette de l'acide lactique par le procédé de Boas.

En présence de la conservation d'un bon état général, de l'existence de lithiase biliaire, je porte le diagnostic de sténose du pylore adhérent à une vésicule calculeuse. La malade succombe peu de temps après une laparotomie, suivie d'entéro-anastomose. L'autopsie montre qu'il s'agit, non d'une vésicule calculeuse, mais d'un cancer du col de la vésicule; et non d'une sténose pylorique, mais d'une sténose de la première portion du duodénum adhérent à la vésicule dégénérée. Cette observation est intéressante à deux points de vue : 1° elle contribue à montrer, ainsi qu'il résultait déjà des travaux de Boas (Soc. méd. int. Berlin, 1891), de Rosenheim (Krankheiten des Darms), de Witties (Transac. of amer. Phys., 1889), et de mes travaux personnels (Cancer primitif du duodénum, *Revue de médecine*, 1894), que les symptômes de la sclérose de la première portion du duodénum sont presque identiques à ceux de la sclérose pylorique; 2° il en résulte encore qu'à côté du complexus symptomatique magistralement décrit par M. Bouveret (*Revue de médecine*, 1896) et son élève, M. Alex (Thèse de Lyon, juillet 1896, sténose du pylore d'origine biliaire), il en existe un autre, comparable de tous points, et dans lequel la vésicule, au lieu d'être calculeuse, est cancéreuse.

MM. Auché et Carrière. — *Rapports de la tuberculose et de la lèpre à propos d'un cas de fistule à l'anus chez un lépreux.* — La question des rapports de la lèpre et de la tuberculose, après avoir été tranchée, dans le sens d'un antagonisme plus ou moins absolu, entre les deux affections est, à l'heure actuelle, encore en litige. Ayant eu l'occasion d'observer chez un malade atteint de lèpre systématisée tégumentaire, une fistule à l'anus, nous avons essayé de savoir quelle en était la nature. Les résultats de nos investigations ont été les suivants : 1° La disposition des lésions qui revêtent l'aspect des follicules

tuberculeux typiques, cellule géante centrale, zone de cellules épithélioïdes, zone de cellules lymphoïdes. Dans quelques points, il y a même au centre des follicules, de petits foyers de caséification; 2° La présence de très nombreuses cellules géantes, volumineuses, irrégulières, pourvus de prolongements et remplies d'un très grand nombre de noyaux. La lèpre peut, il est vrai, déterminer la production de cellules géantes, mais elles sont généralement moins volumineuses, moins typiques, moins nombreuses et moins nettement disposées en follicules avec couronne de cellules épithélioïdes; 3° La rareté des bacilles dans les cellules géantes dont beaucoup n'en contiennent pas et dont les autres n'en renferment que un ou deux, dans les cellules épithélioïdes et dans les lésions environnantes. On connaît, au contraire, l'abondance des bacilles de Hansen dans les lésions lépreuses; 4° Enfin et surtout, les résultats positifs de l'inoculation aux cobayes, chez lequel nous avons trouvé dans le chancre d'inoculation, les ganglions et la rate, un nombre infiniment plus considérable de bacilles que dans le tissu inoculé. Nous croyons donc pouvoir affirmer que la fistule anale de notre malade est d'origine tuberculeuse et non une manifestation viscérale de la lèpre. Quant à la question de savoir si le bacille lépreux a des liens de parenté plus ou moins lointains, avec le bacille de Koch, nous avouons qu'elle ne nous sourit guère, et nous aimons mieux voir dans la lèpre et la tuberculose deux affections nettement et absolument séparées, mais susceptibles de se développer chez le même malade.

M. Zabé. — *Les déséquilibrés du ventre au point de vue anatomo-mécanique.* — Ce qui étonne surtout dans une question de ce genre, c'est que l'on n'ait pas tout d'abord cherché à déterminer le centre statique de l'abdomen, c'est-à-dire le point neutre qui permet aux organes inclus dans cette cavité tous les changements de position et de volume possibles, sans qu'il y ait rupture d'équilibre. Or, d'après l'étude anatomo-mécanique de la cavité abdominale, il ressort que cette dernière, envisagée tant dans sa partie pariétale que dans sa cavité péritonéale, a pour siège l'ombilic.

Cette vérité, mise en évidence, jette un jour tout nouveau sur la pathogénie de la déséquilibration des ventres, jusqu'alors attribuée principalement à des ptoses viscérales. En rapportant les symptômes caractéristiques de la déséquilibration à une lésion matérielle tangible de l'ombilic, tous les faits cliniques se trouvent élucidés, si énigmatiques soient-ils.

M. Bernheim (de Paris). — *De l'évolution thermométrique générale de la fièvre typhoïde.* — Voici les conclusions principales de cette étude :

1° Le type normal de la fièvre typhoïde telle qu'il est décrit par Wunderlich, *évolution en trois septénaires*, n'est pas le plus fréquent : (période d'augmentation, trois à quatre jours, période d'état jusqu'au douzième ou quatorzième jour, période de déclin, cinq à six jours);

2° A côté de ce type qu'on peut conserver comme schéma, il faut mentionner : la fièvre typhoïde avec *raccourcissement de la période d'état* ou *fièvre typhoïde abortive*, la fièvre typhoïde avec *prolongation de la période d'état* ou *fièvre typhoïde prolongée.* Dans le premier cas, l'évolution microbienne avorte, les lésions des plaques de Peyer se résolvent sans s'ulcérer. Dans le second, l'évolution microbienne ne se fait pas d'une pièce, mais par poussées successives, comme l'anatomie pathologique le démontre, les diverses lésions ne sont pas contemporaines; les unes sont ulcérées ou cicatrisées quand les autres sont à la période d'hyperplaxie. La période d'état peut ainsi se prolonger pendant plusieurs semaines; la fièvre typhoïde peut, comme l'érysipèle, procéder par poussées successives;

3° Quand une nouvelle évolution microbienne a commencé alors que la première est en voie de répression, que la température se relève et fait un nouveau plateau, alors que la défervescence était déjà en train, il s'agit d'une *recrudescence.*

4° Quand la première évolution est tout à fait terminée et qu'une seconde a lieu, quand la température se relève et fait un nouveau cycle, alors que le premier était achevé, que l'expression et les symptômes de la convalescence étaient marqués depuis un ou deux jours ou même depuis quelques semaines, il s'agit d'une *rechute.*

5° Prolongation de la période d'état, recrudescence qui correspondent à un même phénomène : évolutions subintrantes successives, consécutives des germes typhiques. Le nombre des rechutes dans la fièvre typhoïde est très fréquent; je les trouve dans un quart des cas. Les rechutes peuvent être abortives; d'autres fois, elles sont longues et graves. Les formes abortives peuvent être suivies de rechutes prolongées et même mortelles. La bactériologie, en montrant la persistance du bacille typhique pendant plusieurs mois après la convalescence dans l'économie, dans une vésicule biliaire (Dupré), dans une lésion ostéo-périostique (Orloff, Wratsch), dans le pus d'abcès, etc., confirme les vues cliniques sur la fièvre typhoïde que je professe depuis une vingtaine d'années. Les bacilles typhiques évoluent successivement, ne se détruisent que lentement; certains échappent à la consommation typhique et survivent, propres à créer de nouvelles poussées. On voit souvent deux ou trois rechutes, même quatre, survenir successivement, après des périodes d'apyrexie de quelques jours à quelques semaines.

6° Les rechutes typhiques peuvent être purement thermiques, sans autres symptômes, comme si les organes étant viciés, les germes n'agissent plus sur eux que comme fébrigènes, les rechutes thermiques pures peuvent se prolonger pendant des semaines, ou bien elles ne durent que un ou très peu de jours, figurant des poussées abortives de microbes retardataires.

7° L'évolution thermométrique typhique peut aussi se prolonger ou être suivie après une période d'apyrexie, par une fièvre irrégulière, quelquefois seulement respective, sans localisation constatable. Cette fièvre peut être due à une infection secondaire, staphylococcie ou streptococcie atténuée qui peut durer des semaines et finir par s'éteindre; les infections secondaires se rencontrent après la fièvre typhoïde comme après l'influenza.

8° La période dite amphibole, de Wuderlich, n'est pas à proprement parler une période. Toutes les causes si fréquentes surtout dans le troisième septenaire, hémorrhagie, pneumonie, escharre, myocardite, accélération, paralysie du cœur, etc., déjà pendant le premier septenaire, épistaxis, pneumotyphus, etc., ou pendant la convalescence, escharre, furoncles, infections secondaires, peuvent altérer la courbe régulière de la fièvre typhoïde.

M. Ed. Laval (médecin militaire). — *Sur l'influence de la menstruation sur l'excrétion de l'acide urique.* — L'auteur montre l'influence que peut exercer, sur l'excrétion de l'acide urique, la menstruation. Le second jour de l'établissement des règles, au moment où l'écoulement est le plus accusé, apparaît une diminution brusque de l'acide urique dans les urines. Le lendemain, le taux se relève un peu pour, le jour suivant, dépasser le taux normal de l'excrétion. Ensuite cette excrétion reprend son cours régulier. L'effet produit par l'écoulement menstruel sur l'excrétion de l'acide urique est donc assimilable à celui que produirait une véritable hémorrhagie et il ne revêt aucun caractère particulier redevable aux phénomènes d'activité génitale qui se passent dans l'organisme de la femme à ce moment.

M. Barthélemy (médecin de Saint-Lazare). — *De quelques particularités des verrues, molluscum et végétations* (*association de ces divers parasites, contagiosité, auto-inoculabilité, disparition spontanée ou subite, etc.*). — Il a fallu plus de soixante ans (1817-1887), pour que la *contagiosité* du *molluscum contagiosum* de Bateman passât à l'état de fait acquis. La discussion porte aujourd'hui sur la nature de l'agent parasitaire. Il en est de même des *verrues simples*, plantaires, palmaires, interdigitales, faciales, etc., dont la contagiosité n'est plus à démontrer; il en est de même aussi des *végétations.* Tous ces éléments parasitaires peuvent se trouver réunis sur un même sujet et devenir secondairement la cause et l'objet d'irritations dermiques et d'inflammations folliculaires : de là, pour la vulve et les parties avoisinantes, un complexus symptomatique, difficile à diagnostiquer. Ce ne sont là pourtant que des *associations parasitaires* d'origine externe. On peut observer de même l'association de la syphilis et du psoriasis, de la syphilis et du lupus, du lupus et de l'épithélioma, de l'eczéma diathésique avec le parasite de l'eczéma

séborrhéique, etc. Dans d'autres cas, plus complexes encore, les agents pathogènes se fusionnent, se pénètrent réciproquement, de façon à créer par leur combinaison des résultats pathologiques impossibles à démêler du premier coup : ce sont les véritables *hybrides pathologiques permanentes*, opposées aux simples *associations transitoires* ou alternatives, capables seulement de donner lieu à des succès thérapeutiques contradictoires momentanément embarassants. De nouveau se pose l'importante question des hybrides de Ricord, de Verneuil et leurs élèves, qui mérite de sortir du domaine d'une spécialité pour être réétudiée par la médecine interne et générale. Au point de vue pratique, la dermato-syphiligraphie peut maintenant assez vite dédoubler les causes, dans certains cas du moins, en supprimant momentanément l'élément syphilitique au moyen des injections de calomel par exemple, et plus tard d'huile grise, moins active, mais aussi moins douloureuse pour laquelle j'ai fait construire une seringue de précision à petit calibre et à dose constante dont on trouvera la description à la suite de ce travail. Pour en revenir aux verrues, une fois développées, que deviennent-elles ? Elles peuvent, à la longue disparaître, « on ne sait comment » ou bien devenir cornées et végéter indéfiniment indolentes et oubliées, mais parfois aussi elle disparaissent selon un mode tel qu'il est difficile de résister à la tentation de distinguer plusieurs variétés de ces papillomes, les uns simplement parasitaires, les autres plus ou moins compliqués — comme tant d'autres affections — de relations nerveuses. Je m'explique. Diday avait déjà dit des végétations : « Enlevez les plus grosses et vous verrez diminuer les moyennes et surtout les petites. » Brault (d'Alger) y ajoute : « Supprimez la verrue adulte et vous verrez disparaître les petits satellites ». Moi-même, j'ai vu dans deux cas une verrue disparaître de la sorte, une fois après l'extirpation totale et l'autre fois après la simple incision incomplète de la verrue voisine. Brault va plus loin : il a vu disparaître les jeunes verrues à la main droite aussitôt après l'ablation des verrues mères de la main gauche. Ces faits me semblent devoir être rapprochés de ces guérisons singulières d'éruptions verruqueuses obtenues, soit par l'usage interne de la magnésie, soit par le contact d'un topique quelconque, depuis l'acide chromique jusqu'à la teinture de thuya. Bonjour (de Lausanne) ne dit-il pas avoir guéri par le simple contact du doigt, c'est-à-dire par suggestion simple. Il y a quelques années déjà, Pitres m'a dit avoir guéri une éruption de petites verrues planes du front par la suggestion. La réunion de toutes ces observations ne permet pas d'arguer à la légère de simples coïncidences ou de rigueur scientifique insuffisante : il faut enregistrer avant d'expliquer.

M. Barthélemy (médecin de Saint-Lazare). — *Pratique des injections d'huile grise. Nouveau modèle de seringue à l'usage de ces injections.* — Tout ce qui est relatif aux injections mercurielles insolubles dans l'épaisseur des muscles est d'actualité toujours et en tous pays. Or, tous ceux qui ont une véritable pratique de l'huile grise, selon l'excellente formule de Lang, savent combien il est difficile de faire avec les instruments ordinaires des injections exactement dosées et de dose constante. La difficulté se complique encore quand on a, dans un service de syphilitiques, un nombre assez grand de ces injections à faire dans un temps relativement restreint, les unes à la suite des autres. Avec les seringues ordinaires, les gouttes sont toujours inégales entre elles, et le poids des trois gouttes et demie, correspondant à sept centigrammes de mercure métallique, n'est pas constant. On peut s'en rendre facilement compte en lançant les gouttes sur une assiette, en les comparant et en les pesant trois par trois; à plus fortes raisons, ces inégalités existent-elles dans les masses intra-musculaires. Pour toutes ces raisons, j'ai fait construire une seringue spéciale, dont le corps de pompe est relativement très étroit et contient quatre doses de chacune trois gouttes et demie. Chaque dose est soigneusement séparée de la suivante par une fente relativement large et par un curseur facile à manier sans erreur. Le corps de pompe est si exactement calibré que la pesée la plus minutieuse démontre que chaque coup de piston introduit dans les muscles exactement et toujours les trois gouttes et demie de la dose classique (7 centigrammes de mercure, alors que 5 centigrammes de sublimé n'en contient que 17 milligrammes). Le petit appareil est en cuir, à part bien entendu le corps de pompe qui est en verre, le piston qui est en cuir, l'aiguille qui est en platine iridié. Le tout est facile à démonter, laver, antiseptiser ; car la partie métallique est soudée au verre. Après usage, il faut le passer à l'éther sulfurique à 32°. Cette seringue a été construite sur ma demande et mes indications, par Gudendag, qui en a fait un véritable instrument de précision. Je l'ai expérimenté assez souvent pour être sûr qu'elle rendra service et convaincu qu'elle entrera dans la pratique des injections d'huile grise qui ont le grand avantage de ne provoquer aucune réaction inflammatoire ni douloureuse.

M. Fournier (de Bruy). — *Syphilis contractée quinze ans après la première.* — J'ai eu occasion de constater deux fois l'évolution de la syphilis, à quinze ans d'intervalle, chez un de mes clients que j'ai suivi, soigné et surveillé pendant tout ce laps de temps.

Il y a eu chaque fois un chancre induré initial suivi de roséole et de plaques muqueuses de la gorge. Dès l'intervalle, le malade, après avoir contracté mariage, a eu trois enfants bien portants et sa santé générale a toujours été satisfaisante.

La deuxième syphilis date aujourd'hui de trois ans, et se trouve en bonne voie de guérison. Dans les deux cas, j'ai eu recours au traitement discontinu du Pr Fournier, la première fois pendant cinq ans. Ces diverses constatations m'ont permis d'arriver aux deux conclusions suivantes :

1° La syphilis chez certains sujets et dans certaines conditions est complètement curable dans un laps de temps déterminé. Mon malade le prouve, car il n'aurait jamais pu cueillir le deuxième chancre induré si l'organisme n'avait pas été entièrement débarrassé du premier virus syphilitique ;

2° La méthode du Pr Fournier par le traitement discontinu pendant cinq ans, a pour résultat, chez ces mêmes sujets, d'amener la guérison radicale de la syphilis.

M. Bar (de Nice).—*De la thyroïdite aiguë.*—La thyroïdite est une affection rare, d'allure plutôt bénigne. L'intérêt de son étude découle du siège de l'affection, à cause des complications de voisinage auxquelles elle expose (laryngosténose, laryngospasme, abcès du médiastin, fistule trachéale ou laryngienne), mais aussi de son étiologie. Quoique pouvant être de cause externe, la thyroïdite aiguë est bien fréquemment l'expression locale d'états infectieux, typhoïdiques, puerpéraux, diphtériques, etc.), ainsi que le prouvent les observations et les travaux anciens de Bauchet, Laure, Liebmeister et ceux tout récents de Charcot, Broca, Biaudet, G. Marchand, etc. Les observations qu'on rencontre sont, à cause de la rareté même de l'affection autant que par l'étiologie, utiles à noter. Nous apportons trois cas à la contribution de l'étude de la thyroïdite; un d'entre eux appartient à la typhoïde et n'est intéressant que comme tableau symptomatique de l'affection. Le deuxième est une complication de la diphtérie et le troisième de l'influenza. Ce dernier nous a paru, au point de vue étiologique, mériter plus d'attention, car nous ne savons pas que pareille complication ait été signalée au cours d'une affection grippale. Pendant les nombreuses épidémies d'influenza de ces dernières années, des faits de ce genre ont dû se produire, quoique nous n'en ayons pas mention. Le cas que nous signalons n'a pas d'autre intérêt que sa présence survenue au déclin de l'influenza à forme broncho-pulmonaire. Aucune intervention sur la thyroïde n'étant justiciable, nous n'avons pu produire d'examen microscopique. C'eut été par trop nouveau, que contribuer aux démonstrations microbiennes de Wœlfer (1883) au sujet de la thyroïdite aiguë.

M. Edmond Chaumier (résumé). — *Etiologie des aphtes chez les enfants.* — En 1886 (*Gaz. méd.* de Paris), j'ai déjà prouvé la nature contagieuse et épidémique des aphtes. Depuis lors, j'ai observé cent sept cas, qui se sont montrés par groupes.

Dans vingt et une familles, j'ai vu plusieurs malades à la fois ou à la suite les unes des autres. Sur ces vingt et une familles, treize ont eu deux malades, sept en ont eu trois, une en a eu quatre. La contagion et l'épidémicité résultent de ces faits. Les aphtes sont inoculables ; un enfant inoculé au bras a eu

des vésicules au point d'inoculation, des aphtes dans la bouche et de petites vésicules sur la peau des lèvres. Ces lésions sont un diminutif de l'éruption cutanée des animaux atteints de fièvre aphteuse. Elles tendent à prouver l'identité des deux maladies, identité prouvée également par la récidive dans les deux cas; la longue création de germes dans les écuries comme dans les habitations, le peu de durée de l'immunité produite par une première atteinte. Les aphtes ne sont pas une maladie purement locale. La fièvre aphteuse est contagieuse de la vache à l'homme, mais les aphtes humains ne proviennent pas de l'usage du lait des vaches atteintes de fièvre aphteuse. (*A suivre.*)

HARTENBERGER et J. NOIR.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE.

SESSION DE GENÈVE (24-28 *Août* 1896).

Le Congrès international d'Anthropologie criminelle s'est réuni cette année, pour la quatrième fois, à Genève, dans la grande salle de l'Université.

M. Adrien LACHENAL, président de la Confédération, a ouvert le Congrès par un discours dans lequel il a résumé les travaux des précédents Congrès de Rome, Paris et Bruxelles.

M. DUNANT, conseiller d'Etat, et M. TURRATTINI ont aussi parlé; puis le Dr LADAME a pris le fauteuil de la présidence.

L'Ecole criminaliste italienne, qui n'avait pas pris part au Congrès de Bruxelles, était représentée à Genève par le Pr Lombroso, de Turin, et le baron Garofalo, chef du département législatif au Ministère de la Justice.

Elections. — Ont été nommés: présidents d'honneur pour la France, M. le Dr LACASSAGNE, professeur de médecine légale à la Faculté de Lyon, et M. G. TARDE, chef du bureau de la statistique pénale au Ministère de la Justice.

Parmi les nombreux discours qui ont été prononcés à l'ouverture solennelle, nous nous contenterons de citer les passages typiques de celui du Ministre de l'Instruction publique Suisse, qui nous a paru une mise au point assez nette de la question. Voici les principaux passages du discours, prononcé par M. DUNANT, au nom du département de l'Instruction publique:

Messieurs, vous étudiez des questions qui sont des plus délicates et difficiles; vous cherchez à résoudre des problèmes redoutables et compliqués. Quel est chez le délinquant le degré de responsabilité pénale? Où commence et où finit cette responsabilité? Quel vaste champ d'activité, combien il recèle de replis secrets ou cachés! Pour mener à bien cette tâche, vous devez remonter dans le passé de l'individu; chercher ses antécédents, son éducation, le milieu dans lequel il a été élevé, son hérédité, ses maladies; scruter son caractère et ses penchants, en un mot analyser et disséquer tout son être physique, moral et intellectuel. Cela fait, il faut en tirer les conclusions; poser des bases et des principes; arriver à un diagnostic le plus juste et le plus certain; il faut en déduire les applications dans la pratique. Quelle doit être la peine à infliger à tel ou tel criminel? Quels sont les considérations qui doivent peser dans la balance et influer sur le verdict ou le jugement? à quel traitement doit-il être soumis? Vous le sentez, tous, messieurs, quel terrain mouvant et souvent insondable, quel champ immense et pour ainsi dire sans limites. Entre les deux théories extrêmes, dont l'une veut toujours et malgré tout punir et ne recherche que le châtiment, tandis que l'autre voit forcément un aliéné dans tout criminel, il y a un abîme et surtout une gamme, un arc-en-ciel de couleurs diverses. Peut-être la vérité est-elle dans un juste milieu, où même doit-elle être recherchée ailleurs. Au lieu de tracer un niveau absolu et égalitaire, d'établir une théorie unique, inflexible, applicable à tous, ne vaut-il pas mieux examiner chaque cas particulier et, suivant les phénomènes qu'il offrira ou les constatations qu'on pourra faire, le traiter suivant les principes admis et adoptés par cette science où le droit et la médecine se donnent forcément la main. Puisse ce quatrième Congrès d'Anthropologie faire encore avancer et progresser la science. C'est dans ces sentiments que je vous adresse un salut cordial de bienvenue, en regrettant que votre séjour ici soit si court et en faisant des vœux pour que vous en emportiez un souvenir agréable et durable.

Séance du Lundi 24 août (soir).

Les travaux du Congrès ont commencé l'après-midi du lundi 24 août 1896.

On a assisté, sous la présidence de M. le Dr Gosse, au débat intéressant entre l'école italienne, représentée par M. Lombroso et Ferri et ses contradicteurs.

Le débat s'est engagé sur une communication de M. LOMBROSO, relative à l'*histoire des progrès de l'anthropologie et de la sociologie criminelles depuis* 1890. Bien que le savant italien se fut défendu de faire de la théorie, MM. le Dr Næcke (de Leipzig), et le Pr Dallemagne (de Bruxelles), ont cru voir dans son discours une nouvelle affirmation de la théorie que l'on croyait au moins partiellement abandonnée par lui-même, et ont tenu à la combattre. M. NÆCKE a contesté formellement l'existence du criminel-né, sur la base des observations faites en Allemagne. M. DALLEMAGNE a précisé la question et demandé à M. Lombroso s'il persistait dans cette affirmation « qu'il existe un type anatomique en dehors duquel il n'y a pas de criminel, et qui suffit à lui seul à caractériser le criminel ».

Cette question a provoqué un débat animé auquel ont pris part MM. Forel (de Zurich), le Pr Bechterew (de Saint-Pétersbourg) et M. Ferri, l'un des disciples les plus distingués de Lombroso. La discussion ne pouvait avoir de conclusion pratique, puisqu'il ne peut y avoir de conciliation, de compromis sur le terrain de la conviction scientifique. Cependant l'assemblée a accueilli avec satisfaction une déclaration de M. Ferri que l'école italienne, en parlant du criminel-né, n'entend pas en faire un type exclusivement anatomique, l'homme criminel est une personnalité complète, à la fois biologique, psychologique et sociale. M. Dallemagne lui-même s'est déclaré d'accord avec ces conclusions, tout en constatant qu'elles ne répondent plus à la théorie primitive de M. Lombroso.

Mme N. Pauline TARNOWSKY, docteur en médecine à Saint-Pétersbourg, a traité ensuite de la *criminalité de la femme*, M. le Pr Lombroso a félicité la savante doctoresse, en ajoutant quelques remarques personnelles. M. Rodolphe LASCHI, avocat à Vérone, a présenté une courte communicatioon sur la *méthode positive sur l'éducation préventive.* On a abordé enfin un travail à l'ordre du jour de M. le Dr MINOVICI (de Bucharest), concernant des *remarques statistiques relatives à l'anthropologie criminelle.* Quelques observations ont été présentées par Mme Tarnowsky et par M. Forel.

Le Congrès a entendu encore dans la séance de lundi après-midi, d'intéressantes communications de MM. MARRO (Italie), sur le *rapport de la puberté avec le crime et la folie*; ANFOSSO (Italie), sur *l'identification craniographique des récidivistes,* et M. le Dr PAILHAS, d'Albi (Tarn), dont le travail fort remarqué, et au sujet duquel M. Lombroso a pris la parole, est intitulé: *Contribution à l'étude du pavillon de l'oreille.*

Séance du Mardi 25 août.

Dans la séance de mardi matin, M. Ladame a annoncé que MM. le Pr Enrico Ferri (Rome), le Dr Forel (Zurich), et Pedro de Beltrao d'Aranjo, ministre du Brésil en Suisse, avaient été adjoints à la liste des présidents d'honneur. Il a annoncé la réception de télégrammes et lettres de MM. les Prs Alimena (de Naples), et Benedict, Zuccarelli, Mendel (de Berlin), Jules Morel (Gand), Herbette et Tarde; puis il a prié M. le Pr Lacassagne (de Lyon), de prendre la présidence.

Les séances du matin sont consacrées à la discussion de rapports imprimés d'avance, et que leurs auteurs se bornent à résumer et à commenter brièvement. Les travaux qui figuraient à l'ordre du jour de mardi étaient ceux de M. Dallemagne sur *la dégénérescence et la criminalité*, et de M. Ferri, professeur de droit et député à Rome, sur *le tempérament et la criminalité.* Un travail de M. Bernardino Alimena, professeur à Naples, n'a pas été discuté, vu l'heure avancée et l'absence de l'auteur.

M. DALLEMAGNE s'est efforcé, dans son rapport, de jeter quelque clarté sur une notion encore fort obscure. Les écoles anthropologiques modernes divisent volontiers l'humanité en deux catégories: les normaux et les dégénérés. Mais qu'est-ce que la dégénérescence? Suivant M. Dallemagne, ce mot n'a que la valeur d'une généralisation, d'une formule abstraite, comprenant des processus biologiques divers dont le caractère commun est de tendre à l'extinction soit de l'individu, soit de l'espèce. Ainsi considérée, elle est un processus biologique normal, presque un processus de sélection. Elle s'opère sous l'influence de facteurs individuels et de facteurs provenant du milieu social.

Tout porteur d'un stigmate (soit signe caractéristique de dégénérescence) est un dégénéré. Mais il y a des dégénérés de tous les degrés, depuis ceux chez lesquels l'imperfection de l'organisme ne s'accuse que furtivement et par intervalles, n'est en quelque sorte que virtuelle et dont la tendance est le retour à l'équilibre, jusqu'à ceux chez lesquels la dégénérescence est fatalement établie. On peut les diviser en déséquilibrants, déséquilibrés, dégénérants et dégénérés. Tous s'écartent, à un degré quelconque, de l'état normal caractérisé par l'équilibre entre les trois grands groupes de besoins de l'homme : besoins nutritifs, besoins génésiques, besoins émotifs et intellectuels. La dégénerescence se reconnait à des stigmates que M. Dallemagne classe en stigmates anatomiques, biologiques ou fonctionnels, et sociologiques, ces derniers consistant dans la difficulté qu'éprouve le sujet à s'adapter au milieu dans lequel il vit. La criminalité est, comme la dégénérescence, une abstraction, une formule symbolique, impliquant une prédisposition. Si elle est à son maximum, on a le criminel-né, le criminel d'instinct, de profession; si elle est à son minimum, le criminel d'occasion, de passion, par nécessité ou égarement. Quels sont maintenant, les rapports entre la criminalité et la dégénérescence? Diverses réponses ont été proposées à cette question. On a voulu établir l'identité des deux termes, on a cherché à définir certains criminels à l'aide de types dégénératifs, on a dit que la dégénérescence était le facteur de la criminalité, qu'elle la préparait, on a voulu faire du crime une tare, une marque dégénérative, en faisant de tous les criminels des dégénérés ; des auteurs ont cherché à établir qu'elle était, parmi les criminels, la proportion des dégénérés, on a cherché enfin à classer les dégénérés au point de vue de leur criminalité. Le rapporteur montre que toutes ces solutions sont insuffisantes. On ne peut établir un rapport absolu entre la dégénérescence et la criminalité prises en elles-mêmes, à cause du caractère abstrait et variable de ces deux notions. Ce n'est que dans les cas particuliers qu'elles acquièrent une individualité tangible, et il ne subsiste que deux questions : quelle est, dans un criminel donné, l'étendue, l'importance, l'efficacité criminelle de la prédisposition dégénérative? Et, dans un dégénéré quelconque, comment convient-il d'apprécier l'inclinaison vers la criminalité? En terminant, M. Dallemagne essaie d'appliquer ces principes, non plus à des cas particuliers, mais à des groupements assez uniformes pour qu'on puisse les individualiser.

Il constate que, chez les idiots profonds, il n'y a pas de criminalité, la dégénérescence ayant ruiné l'activité intentionnelle ; chez certains imbéciles, au contraire, la dégénérescence, ayant ruiné l'intellect pour ne laisser que les pensées instinctives, se trouve accolée à une prédisposition criminelle renforcée. Les obsédés, les impulsifs, tirent de leur obsession, de leur impulsion même leur tendance au crime. Les névropathes seront souvent criminels à cause de leur névropathie, soit qu'elle hyperesthésie leur émotivité, soit qu'elle annihile la résistance, etc. Enfin il y a des cas où aucun indice de dégénérescence n'apparaît en dehors de l'acte même qui constitue le crime. En résumé, criminalité et dégénérescence sont des choses qui évoluent, mais sur lesquelles nous avons une action. Aux médecins, aux juristes à en étudier les causes et les remèdes, chacun dans la sphère de leurs compétences, et que leurs efforts se réunissent pour une sorte de rédemption sociale. Ces conclusions ont paru être généralement admises par l'assemblée et n'ont provoqué qu'une courte discussion.

M. Næcke félicite M. Dallemagne de n'avoir pas parlé des stigmates ataviques, dont l'existence est plus que douteuse. Il profite de l'occasion pour critiquer très vivement le Pr Lombroso et sa méthode de travail.

M. Forel fait quelques réserves sur certains points du travail de M. Dallemagne, où celui-ci lui semble avoir été trop absolu, et présente des observations ingénieuses, comme tous les travaux du distingué savant. Ainsi il faut, selon lui, se montrer très circonspect dans l'appréciation des stigmates de la dégénérescence. Il est telle prétendue dégénération dont nous ne savons pas si elle n'est pas le résultat d'une sélection qui se produit dans l'humanité. En terminant, M. Forel proteste contre la manière dont M. Næcke a attaqué Lombroso. Ce savant est l'initiateur de l'anthropologie criminelle. On peut ne pas admettre sa doctrine. Mais toute théorie, même fausse, a sa raison d'être, si elle fait réfléchir et ouvre des voies nouvelles. (*Applaudissements*).

M. Ferraz de Macedo (de Portugal) dit que la cause de certaines dégénérescences doit être cherchée dans une altération des organes internes, et M. Dallemagne clôt la discussion en faisant observer qu'il s'est gardé autant qu'il l'a pu des idées absolues, et que si jamais il y a eu rapport ondoyant et divers, c'est le sien.

Séance du Mercredi 26 Août.

M. van Hamel, professeur de droit à l'Université d'Amsterdam, a étudié l'*anarchisme et le combat contre l'anarchisme au point de vue de l'anthropologie criminelle*. Ce point de vue n'est plus celui du « crime à venger » et de la « peine méritée », mais celui de la « défense sociale ». M. van Hamel divise les anarchistes criminels en trois catégories : les malfaiteurs vulgaires, pour qui l'anarchie n'est qu'un prétexte ; les *pathologiques* ; enfin, les fanatiques, qui sont les anarchistes proprement dits. En ce qui concerne la répression, la question ne se pose même pas pour les premiers; le cabanon est tout indiqué pour les seconds; pour les derniers, M. van Hamel conseille de réprimer les crimes anarchistes non pas comme des crimes exceptionnels, mais comme des crimes de droit commun.

La discussion ouverte, M. Tripels, avocat à Maestricht, proteste au nom de sa conscience juridique contre la qualification de théorie sociale donnée à l'anarchisme. C'est une théorie antisociale.

M. Lombroso trouve le rapport plutôt cruel. Les tendances altruistes et « philonéistes » (philonéisme = amour du changement) qu'il a reconnues chez cette catégorie de criminels les distinguent de tous les autres. Le vrai anarchiste ne croit pas mal faire. L'orateur combat surtout les lois exceptionnelles, dangereuses pour l'œuvre même de la défense sociale. L'Italie a donné l'exemple le plus exécrable de semblables lois qui, faites pour les anarchistes, ont été appliquées aux socialistes aux républicains, à tous les hommes d'opposition, et l'anarchie s'est prodigieusement développée. M. Lombroso est adversaire, en ce qui concerne les anarchistes, de la peine de mort et des peines perpétuelles. On vit si vite de nos jours que ce qui paraissait un crime exécrable à certain moment perd beaucoup de gravité dans l'opinion au bout de quelques années. Toute la France a applaudi Gambetta amnistiant les communards, et le roi d'Abyssinie donne un bon exemple à ses ennemis. Il exile les criminels politiques sur une montagne escarpée, leur donne à boire et à manger, et les empêche de descendre. On devrait envoyer les anarchistes à la Nouvelle-Calédonie et les employer à civiliser les sauvages. Adversaire du jury en général, l'orateur voudrait lui déférer les crimes politiques et religieux, parce qu'ici la mission du juge est de dire si telle ou telle idée est dans l'opinion publique; seulement les jurés devraient être choisis parmi les gens les plus respectables, les sénateurs, les députés (*Rires*).

M. Garraud, professeur de droit criminel à l'Université de Lyon, pose aux anthropologistes la question suivante : Si, comme vous le dites, les propagandistes par le fait sont ou des criminels vulgaires, ou des aliénés, ou des passionnels fanatiques, toutes catégories sur lesquelles la menace de la peine ne saurait avoir d'action, comment se fait-il que la simple promulgation de la loi française appliquant aux crimes anarchistes les principes du droit commun ait mis un terme à l'épidémie d'attentats à laquelle nous avions assisté auparavant?

C'est M. Enrico Ferri, toujours sur la brèche lorsqu'il s'agit de défendre les théories nouvelles, qui répond : M. Garraud commet une double erreur. D'abord l'expérience prouve que la peine n'est qu'un facteur insignifiant de la variation des diverses catégories de criminalité. L'épidémie anarchiste était une fièvre de l'organisme social qui avait atteint son paroxysme et a décru ensuite d'elle-même.

En second lieu, l'anthropologie criminelle n'a jamais nié l'action inhibitoire de la menace, de la peine, même sur les aliénés. Demandez plutôt aux directeurs des maisons de santé l'effet de la crainte de la douche sur les délirants. L'orateur est d'accord en général avec les conclusions de M. van Hamel. Cependant, il fait sur certains points des réserves. Ainsi il est adversaire acharné du système cellulaire, qu'il qualifie avec une chaleureuse éloquence l'une des absurdités du XIXe siècle, ce qu'on a inventé de plus inhumain pour étouffer dans l'homme d'esprit de sociabilité, seul capable de le relever. M. Ferri est pour la colonie pénitentiaire, sous toutes ses formes. Il se déclare enfin opposé à l'idée de punir l'incitation indirecte au crime. En théorie, ce serait fort bien. En pratique, les juges sont des hommes, et l'on arrive ainsi à créer le délit d'opinion. En Italie, la loi contre les anarchistes et la

loi plus infâme encore du *domicilio coatto* n'ont été appliquées qu'aux socialistes, qui, eux, réprouvent la violence, parce qu'ils croient à l'évolution sociale. L'orateur lui-même a été condamné à cause de ses doctrines scientifiques et de ses opinions politiques. M. Ferri rappelle en terminant au législateur que, s'il veut frapper cette maladie sociale qui est l'anarchie, son premier devoir n'est pas de faire de la répression, mais de l'hygiène sociale. C'est sur les réformes sociales qu'il faut appeler l'attention. Pour que l'évolution soit possible, il faut que l'Etat la favorise.

M. van Hamel réplique quelques mots. M. Lombroso a trop assimilé l'anarchiste avec le criminel politique. Le premier commet des meurtres; c'est un criminel de droit commun. A M. Ferri, M. van Hamel fait observer qu'il ne propose de punir l'incitation indirecte que sous la forme de l'apologie.

M. Tarde (chef de bureau de la statistique au Ministère de la Justice à Paris) fait une communication sur la *criminalité professionnelle*. Ce mot a deux sens bien distincts : il signifie le contingent de délits quelconques fournis par chaque profession, et il signifie aussi le nombre de délits spéciaux et caractéristiques, des infractions à sa morale propre que chaque profession fait éclore. La première acception est la seule répandue parmi les statisticiens et les criminalistes, bien que la seconde présente un intérêt plus vif et plus profond. Mais, qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre, la mesure tant soit peu précise de la criminalité relative des diverses professions est un des problèmes les plus ardus, et nulle part le miroitement des chiffres n'est plus illusoire. Le crime professionnel des sages-femmes, c'est l'avortement. Qui croira qu'en 1893, par exemple, il n'y en a eu que 80? Dans le premier sens du mot de criminalité professionnelle, M. Tarde arrive à quelques résultats intéressants. La criminalité proportionnelle pour 10,000 âmes est : pour le groupe agricole, de 0.84; pour le groupe industriel, de 1.32; pour le groupe commercial, de 1; pour les professions libérales, de 2.39. Ce dernier groupe se décompose de la façon suivante : clergé, 0.71; professeurs et instituteurs, 1.58; médecins, 1.86; pharmaciens, 3.79; sages-femmes, 8.60 ; hommes de lettres et savants, 4.49; artistes, 4.02 employés des postes, 7.45; officiers ministériels (notaires, avoués, huissiers), 28.13.

M. le Dr Lacassagne, professeur à l'Université de Lyon, a étudié les *vols dans les grands magasins*. Il a divisé les kleptomanes qui sont presque exclusivement des femmes (10 hommes seulement sur 800), en trois classes : les collectionneuses, les déséquilibrées, les malades. Ces dernières seules sont complètement irresponsables; mais celles des deux premières catégories ont bien droit à des circonstances atténuantes. Puisque les kleptomanes n'opèrent que dans les grands magasins, c'est donc que les étalages provocateurs sont un des facteurs du vol et constituent en quelque sorte des « apéritifs du crime ».

M. le Dr Legrain (de Ville-Evrard) a traité des *conséquences sociales de l'alcoolisme des ascendants au point de vue de la dégénérescence de la morale et de la criminalité.*

M. le Dr Aubry (de Saint-Brieuc) a examiné l'*influence de la presse sur la criminalité*. M. Aubry reconnaît qu'aucun journal ne peut être assuré d'avoir poussé Caïn à tuer Abel. Mais il croit que la lecture des récits détaillés des crimes sensationnels que publient les journaux a une influence fatale sur les prédisposés et peut même, à la longue, amener la prédisposition. M. le Dr Aubry termine donc en adjurant les journaux à renouveler la nuit du 4 août et à faire le sacrifice de leur *gazette des tribunaux*. *(A suivre.)*

A. Marie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 août 1896. — Présidence de M. Hervieux.

Rôle de la graisse dans le développement des hernies.

Le rôle de l'amaigrissement qui fait disparaître la graisse des orifices fibreux est généralement admis dans la production des hernies. M. Championnière montre qu'inversement l'accumulation de graisse constitue une cause plus puissante. Cette accumulation agit en s'enfonçant dans les anneaux qu'elle force tout en ne les remplissant que de bien peu, en remplissant l'abdomen qui devient trop étroit pour les viscères. Aussi, chez les jeunes sujets qui engraissent et qui en même temps présentent une tendance aux hernies est-il fort important de régler le régime (exercices gymnastiques n'engageant pas des efforts violents, régime carné sans excès, limitation des boissons et surtout suppression de l'alcool, excitation des fonctions de la peau, garde-robes journalières, etc. On s'attachera également à prévenir l'engraissement chez les opérés d'opérations abdominales pour éviter l'éventration. M. Championnière étudie ensuite la cure radicale chez les obèses. Elle ne réussit bien qu'après qu'on a traité l'embonpoint. L'opération doit enlever toute la graisse de la région et de son voisinage. Après l'opération, les récidives sont faciles, si le régime ne prévient pas le retour de l'embonpoint. Enfin, et c'est un des côtés les plus importants de cette étude au point de vue pratique, les hernieux obèses non opérables trouveront presque toujours un soulagement extrême au point de vue des accidents de leur hernie, d'un régime sévère dirigé contre l'obésité.

L'aïnhum et la lèpre.

M. de Brun (de Beyrouth) montre que les quelques accidents communs entre ces deux affections (quelques rares cas de mutilation circulaire, toujours aux doigts dans la lèpre, quelques autres cas d'aïnhum avec troubles trophiques) sont insuffisants pour admettre l'identité des deux affections. Jusqu'ici d'ailleurs, le bacille spécifique de Hansen n'a jamais été rencontré dans l'aïnhum.

Recherches sur la toxicité du genièvre.

M. Brouardel présente un mémoire de MM. Surmont et Delval sur la toxicité du genièvre. Le genièvre est, en comparaison des autres boissons alcooliques, relativement peu toxique. Les genièvres de choix consommés dans les cafés de premier ordre sont presque deux fois plus toniques que les genièvres communs. La toxicité du genièvre tient essentiellement à la quantité d'alcool éthylique qu'il contient. Au point de vue de la lutte contre l'alcoolisme, le but essentiel pour le genièvre est moins d'améliorer la qualité que de restreindre la consommation sans cesse progressive.

La dépopulation de la France.

M. Javal montre qu'en France les familles nombreuses sont à peu près sous tous les rapports sacrifiées aux célibataires et aux familles sans enfants. C'est sur les premières que toutes les charges sociales s'accumulent. L'existence d'une loi tendant à réparer l'injustice actuelle et sinon à protéger du moins, à ne pas accabler les familles chargées d'enfants s'imposerait donc.

Nous doutons fort, pour notre part, qu'elle soit jamais obtenue.

A.-F. Plicque.

VARIA

Le service sanitaire des manœuvres du Dauphiné.

Le service sanitaire des grandes manœuvres, qui ont lieu actuellement en Dauphiné, a été étudié avec grand soin. M. le général Zédé en a confié l'organisation et la direction à M. le Dr Annequin, médecin principal de 1re classe, chef de l'hôpital de Grenoble. Grâce au dévouement de ce praticien, on a obtenu, pour la vallée de l'Ubaye, une organisation identique à celle que l'on aurait en temps de guerre. Non seulement la brigade de manœuvres possède son matériel réglementaire normal, mais elle est encore dotée, pour les opérations en haute montagne, de mulets, de litières et de cacolets.

Une infirmerie-hôpital a été établie à Tournoux; on a doublé le nombre des lits pour faire face aux besoins possibles; à Jausiers, on a créé de toutes pièces sous des tentes des systèmes Decker et Herbet un hôpital de campagne admirablement installé, avec des lits, des poêles pour le cas de refroidissement de la température. Ces baraques, bien aérées, très vastes,

ont été édifiées, sur le champ de manœuvres. C'est le premier essai d'organisation complète d'un hôpital sous tentes. Pour évacuer les malades, on utilisera la route de Tournoux à Prunières; un relai est organisé au Lauzet; les malades y prendront un réconfortant assuré par l'hôpital d'évacuation de la station de Prunières (ligne de Livon à Briançon); une infirmerie de gare est aménagée sous des tentes; elle a reçu le matériel nécessaire pour coucher dix-huit malades; des wagons sanitaires permettront de transporter les malades dans l'intérieur. Le village de Jausiers, en outre, a reçu dans la caserne un dépôt d'éclopés et de convalescents.

La Lèpre en Islande.

Dans les centres d'infection par la lèpre qui ont été signalés — l'Espagne, le Portugal, l'Italie, la Turquie, la presqu'île scandinave — on a établi de nombreuses léproseries qui ont eu le double effet d'adoucir le sort des victimes et, en leur interdisant toutes communications avec la population saine, de réduire leur nombre. C'est ainsi qu'en Norvège, durant ces dernières années, la situation s'est très sensiblement améliorée. En France, où les léproseries sont depuis longtemps supprimées, le mal ferait d'effroyables ravages si les conditions d'hygiène générales, la multiplicité des hôpitaux, l'affluence des médecins dans les grands centres et les progrès de la méthode antiseptique ne lui opposaient de préalables obstacles. Remarquons, d'ailleurs, qu'aux deux extrémités du pays, au midi et au nord-ouest (1), la négligence ou la misère offrent au fléau un trop propice terrain de culture.

Mais il est en Europe un pays où la lèpre règne depuis des années, pays insulaire avec lequel le continent, et particulièrement la France, est en perpétuelles relations : c'est l'Islande. Or, *rien n'y a été tenté*, ni pour atténuer les souffrances des malades ni pour combattre la contagion : *il n'y a ni léproseries*, NI HÔPITAUX. La grande île arctique est la principal foyer de la lèpre en Europe. Tandis, en effet, que M. Hallopeau compte en Norvège huit cents lépreux, nous en trouvons environ quatre cents en Islande, c'est-à-dire *onze fois* (au moins) plus en Islande qu'en Norvège, puisque la population norvégienne est d'un million sept cent trente mille âmes, tandis que la population islandaise n'est que de soixante-quinze mille âmes. A peu près sept habitants pour dix kilomètres carrés!

L'Exercice de la Pharmacie.

Aux termes de l'article 1er du décret du 25 août 1893, « les pharmaciens de 2e classe qui veulent s'établir dans un autre département que celui pour lequel ils ont été reçus peuvent être dispensés par le Ministre de l'Instruction publique des deux premiers examens de fin d'études.

« Le troisième examen sera subi par eux devant le jury de la Faculté de médecine, de l'Ecole supérieure de pharmacie ou de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de laquelle relève le département où ils se proposent d'exercer. »

Il résulte d'une circulaire de M. le Ministre de l'Instruction publique, des Beaux-arts et des Cultes que l'enquête à laquelle donnent lieu les affaires de cette nature entraine nécessairement certains délais qui peuvent être préjudiciables aux intéressés lorsque les demandes se produisent, ainsi que cela arrive trop souvent, quelques jours seulement avant l'ouverture des sessions réglementaires d'examens.

En conséquence, M. le Ministre de l'Instruction publique appelle à ce sujet l'attention des pharmaciens de 2e classe exerçant dans le département de la Seine et leur fait connaitre qu'il importe que les demandes de dispenses d'examen formées en vue d'un changement de département lui parviennent deux mois au *moins* avant le début des sessions ordinaires d'août et de novembre. Ces demandes devront contenir les renseignements suivants :

1° Date de la réception des praticiens au grade de pharmacien de 2e classe.

2° Localités où le pharmacien a exercé depuis sa réception ;

3° Département dans lequel l'intéressé désire s'établir.

Médecins ordinaires et médecins de Princes.

A l'Exposition qui attire à Berlin, pendant ces mois d'été, tout le public que les bains de mer laissent disponible, se fait chaque semaine d'intéressantes conférences. L'une des dernières a été donnée par le fameux Dr Schweninger, consultant attitré de Bismarck. Elle a été remarquée par son incohérence. Elle est curieuse, mais connue, cette physionomie du praticien, conservateur patenté de la santé des grands hommes ou des monarques. Le Dr Schweninger lui, est quelque chose de plus: il possède d'autres qualités que la souplesse et la finesse. Et il est peut-être le dernier élève de notre inoubliable Desprès!

Jugez-en plutôt aux discours qu'il a tenus devant les Berlinois étonnés :

Des diverses méthodes médicales qu'il a passées tour à tour en revue, il n'y en a aucune qu'il désapprouve tout à fait; mais il n'y en a point non plus qu'il préfère aux autres, les estimant toutes d'égale valeur. Volontiers il dirait si on lui parlait d'un médicament quelconque : « Hâtez-vous d'en user pendant qu'il guérit encore! » Il y a deux espèces d'hommes qu'il juge plutôt dangereuses : les *spécialistes* et les *pharmaciens*. « De nos jours, dit-il, le médecin est anatomiste, microscopiste, physicien, physiologiste, chirurgien, bactériologiste, électricien, *rayon-rœntgéniste*. Mais médecin il ne l'est plus guère. Comment trouverait-il le loisir de l'être, absorbé comme nous le voyons dans les études de sa *spécialité?* Quant aux pharmaciens, le docteur à lunettes allemandes ne cache pas son peu de sympathie pour leur industrie. Le médecin qui, se mettant à leur service, les aide à faire fortune aux dépens de l'humanité, ce médecin-là déshonore son métier. » D'une façon générale, d'ailleurs, les nouvelles découvertes de la science médicale ne lui disent rien de bon. » Il n'y en a aucune qui n'ait déjà été découverte jadis et abandonnée, ainsi de suite. Si vous demandez à ce brave Schweninger comment vous devez vous nourrir : « Comme vous voudrez, vous répondra-t-il, à la condition seulement d'avoir un bon estomac. » Il n'y a que cela de difficile.

Par instant, il est plus raisonnable. Il avoue notamment qu'il tient le corset chez les femmes, et dans notre sexe, le chapeau pour deux sources essentielles de la mauvaise santé. En vain les femmes sont-elles unanimes à lui affirmer qu'elles ne serrent leur corset que le moins possible, ce n'est pas seulement la pression du corset, mais surtout son poids qui entrave, suivant lui, le libre fonctionnement des organes. « Je ne puis m'ôter de l'esprit, dit-il, que le corset a été inventé par une bossue. » Et pour ce qui est des chapeaux, M. Schweninger leur attribue la chute des cheveux. Mais le plus curieux est que, à son avis, la fréquence de la calvitie dans nos pays est due en outre à notre habitude de nous faire couper les cheveux. Plutôt que de nous voir tous avec des crânes dénudés, M. Schweninger nous préférerait avec des nattes dans le dos à la manière antique.

La vaccine? M. Schweninger n'y voit aucun inconvénient, à la condition seulement que son usage reste facultatif. Mais la vaccination obligatoire l'indigne comme une barbarie inutile. On voit bien qu'il habite l'Allemagne, où la vaccine est, en effet, obligatoire! Tout en reconnaissant les avantages hygiéniques du cyclisme, il nous engage, en fin de compte, à nous en abstenir. Le vieux compagnon du toujours jeune prince Bismarck n'est décidément pas de son siècle.

Peut-on saisir le traitement d'un médecin du bureau de bienfaisance.

Dans son audience du 8 juin dernier, le tribunal civil de Lille a rendu un jugement aux termes duquel un médecin du bureau de bienfaisance, nommé par le maire et recevant un traitement annuel, doit être considéré comme un employé dans le sens de la loi du 12 janvier 1895. Cette qualité d'employé peut d'autant moins être contestée au médecin que la loi du 3 mai 1884 comprend parmi les agents salariés de la commune même ceux desdits agents qui exercent une profession indépendante et reçoivent une indemnité de la commune à raison des services qu'ils lui rendent dans l'exercice de cette profession. Dans ces conditions, si le traitement dépasse 2,000 fr. par an, la saisie-arrêt peut être pratiquée conformément aux règles du droit commun. Lorsque le traitement annuel est inférieur à la somme ci-dessus, la saisie, pour être valable, est soumise à la procédure spéciale prescrite par la loi du 12 jan- 1895 sur les saisies-arrêts. (*Gaz. heb.*).

L'Hôpital européen de Pékin.

Notre ami, M. Marcel Monnier, l'explorateur bien connu, décrit ainsi, dans le *Temps*, l'hôpital européen de Pékin, qu'il a récemment visité.

« Près du Ton-Tang, à Pékin, est l'hôpital où les sœurs, assistées du médecin de la légation de Chine, donnent leurs soins à la

(1) Nous venons d'en observer un cas en Vendée (Marais de Challans). M. B.

plus effrayante des clientèles. Cette humanité souffrante exhibe des ulcères et des phénomènes pathologiques tels qu'on en voit rarement dans les cliniques européennes. L'établissement est le seul de ce genre à Pékin; aussi est-il toujours rempli. Des foules l'assiègent. A certains jours, il y a devant la porte des centaines de malades guettant l'arrivée du docteur. Ceux qui ne peuvent trouver place dans les salles passent au dispensaire, font panser leurs plaies, reçoivent un bol de riz et vont conter leur aubaine aux camarades. C'est, dans le voisinage de cette mission, la plus ancienne de toutes, bâtie il y a près de deux siècles par les jésuites portugais, un continuel va-et-vient de figures spectrales, une animation de cour des miracles, et mieux encore que l'édit impérial gravé en lettres d'or au fronton de l'église, cette armée de la misère la protège. »

NÉCROLOGIE.

M. le Dr LAGNEAU (de Paris).

M. le Dr Gustave Lagneau, qui est mort la semaine dernière, était le fils du Dr Louis-Vincent Lagneau, chirurgien-major de la garde impériale et membre de l'Académie de Médecine. Il succombe à 69 ans.

Né à Paris, en 1827, Gustave Lagneau fut reçu docteur en médecine en 1853, et marcha d'abord sur les traces de son père comme spécialiste; plus tard, il se consacra à la science pure. Il était membre du Conseil d'Hygiène de la Seine, et de l'Académie de Médecine, depuis 1870.

Il est l'auteur de nombreux travaux d'hygiène, d'anthropologie et de démographie, très remarquables d'ailleurs, qui lui ont valu l'honneur de présider la Société d'Anthropologie de Paris. Citons plus particulièrement parmi ses anciens travaux de médecine : *Mémoires sur les mesures hygiéniques propres à prévenir la propagation des maladies vénériennes* (Ann. d'hyg. publiq., 1855). *Les maladies syphilitiques du système nerveux*, 1860, un volume in-8°. Il a collaboré longtemps aux *Archives générales de Médecine*, et aux *Bulletins de la Société d'Anthropologie*.

A ses obsèques, purement civiles, on remarquait une nombreuse assistance. Selon le désir formel du défunt, qui fut un *homme*, il n'y a eu ni fleurs, ni couronnes, ni discours. Lagneau était un sage et un modeste. Aussi son nom demeurera-t-il ignoré de la foule bruyante.

Notre cher maître et ami, M. Laborde, a consacré avec juste raison, les lignes suivantes à la mémoire de ce véritable savant :

« Conscience et honnêteté... il les possédait, en toutes choses, au suprême degré. C'était sa marque spéciale, autant de l'homme privé que du savant et de l'homme public, lequel était, en même temps, et à l'avenant, doublé du véritable philosophe, d'une simplicité antique, éloigné de toute intrigue, du désir et de la recherche de toute distinction honorifique, notamment de celle qui suscite, même et surtout dans notre milieu, les plus âpres ambitions : la croix de la Légion d'honneur. Car, cet homme qui a consacré au bien public, par la culture désintéressée de la science, toute une vie de labeur et de probité sans tache, *n'avait pas la décoration* ; c'était un signe distinctif, et il était de ceux — *rari nantes* — dont on pouvait dire, à l'Académie : « Celui qui n'est pas décoré ».

Et — chose particulière dans son cas — l'Académie, honteuse, en quelque sorte, de cet oubli et de cette exception, dont se préoccupait certainement le moins celui-là même qui en était l'objet, déposait, chaque année, par l'organe de son bureau, au ministère compétent, une demande en faveur de cet oublié, un des plus méritants, sans conteredit, de la savante compagnie! Et cette intervention réparatrice, la plus compétente, sans contredit, en pareille occurence, est toujours restée sans effet : preuve nouvelle que le vrai mérite, et sa reconnaissance et sa désignation les mieux appropriées, ne suffisent pas pour l'appel et l'obtention de la distinction dont il s'agit : il y faut d'autres moyens, et d'autres qualités personnelles qui ne sont pas celles de l'homme ennemi de l'intrigue même la plus justifiée, jaloux de son indépendance et de sa dignité personnelle, et n'ayant d'autre préoccupation et d'autre ambition que celles des services rendus, et sachant trouver là — bien plus que dans des distinctions d'apparat, véritables hochets de la vanité humaine faits pour tromper sur le vrai mérite — la satisfaction et la récompense les plus pures, les plus douces, et les plus désirables.

Tel fut Lagneau, et tel il est mort, en sage!... Ni hochets de son vivant, pas même le plus couru des boutonnières qui aiment à rougir et à se montrer de loin... Ni discours, ni fleurs, ni couronnes sur sa tombe ! Le simple ensevelissement dans sa science et dans sa philosophie, le seul digne de pareils hommes !

Que sa mémoire vénérée reçoive ici l'hommage public qui lui est dû. »

Nous ajoutons le nôtre, si modeste soit-il, car, à notre époque troublée, il ne faut pas laisser partir de tels caractères sans les signaler à l'attention des pires intrigants, qui tuent notre pays et notre profession. M. B.

M. le Dr SALOMON (de Londres), doyen du corps médical.

M. le Dr W.-R. Salomon qui vient de mourir à l'âge de *cent six ans*, depuis le 16 mars dernier, était entré dans sa cent septième année. C'était le doyen des médecins de l'Angleterre et probablement du monde entier.

Il était entré au Collège Royal des Chirurgiens d'Angleterre en 1809, année de la naissance de M. Gladstone. Il convient d'ajouter que, marié de bonne heure à une riche héritière, *il s'était empressé d'abandonner une profession* qui ne prédispose guère à la longévité. Il s'était mis à fumer à l'âge de 90 ans ; mais il avait bientôt renoncé au tabac ; en revanche, il fut toujours fidèle aux vins de France, dont il prenait régulièrement deux verres à son repas du soir.

Le doyen du corps médical est très probablement, maintenant M. le Dr de Bossy (du Havre) qui, lui, a toujours pratiqué et pratique encore, croyons-nous, malgré ses cent deux ans. (*Presse médicale*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 26 juillet au samedi 1er août 1896, les naissances ont été au nombre de 1.091, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 421 ; illégitimes, 120, Total, 541. — *Sexe féminin* : légitimes, 383 ; illégitimes, 167. Total, 550.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 26 juillet au samedi 1er août 1896, les décès ont été au nombre de 917, savoir : 499 hommes et 418 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 6, T. 11. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 6, F. 3, T. 9. — Scarlatine : M. 6, F. 4, T. 10. — Coqueluche : M. 4, F. 0, T. 4. — Diphtérie, Croup : M. 2, F. 1, T. 3. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 107, F. 54, T. 161. — Méningite tuberculeuse : M. 9, F. 7, T. 16. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 7, T. 17. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 10, T. 10. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 25, T. 41. — Méningite simple : M. 11, F. 10, T. 21. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 20, F. 16, T. 36, — Paralysie, M. 6, F. 3, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 6, T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 14, F. 28, T. 42. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 4, T. 7. — Bronchite chronique : M. 6, F. 3, T. 9. — Broncho-pneumonie : M. 12, F. 11, T. 23. — Pneumonie : M. 10, F. 13, T. 23. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 16, F. 16, T. 32 — Gastro-entérite, biberon : M. 70, F. 59, T. 129. — Gastro-entérite, sein : M. 13, F. 6, T. 19. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 9, F. 5, T. 14. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 3, T. 3. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 15, F. 11, T. 26. — Sénilité : M. 15, F. 25, T. 40. — Suicides : M. 15, F. 7, T. 22. — Autres morts violentes : M. 10, F. 3, T. 13. — Autres causes de mort : M. 83, F. 63, T. 146. — Causes restées inconnues : M. 1, F. 4, T. 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 81, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 23, illégitimes, 17. Total : 40. — *Sexe féminin* : légitimes, 32, illégitimes, 9. Total : 41.

Académie des Sciences. — *Prix Larrey*. — Les secrétaires perpétuels de l'Académie des Sciences sont autorisés à accepter, au nom de cette Académie, la donation faite au profit de cette compagnie par Mlle Lucie-Juliette Dodu et consistant en un titre de rente 3 0/0 sur l'Etat français de 850 francs, dont les arrérages seront affectés à la fondation d'un prix annuel qui portera le nom de « prix du baron Larrey » et sera décerné à un médecin ou à un chirurgien des armées de terre ou de mer, pour le meilleur ouvrage présenté à l'Académie au cours de l'année et traitant un sujet de médecine, de chirurgie ou d'hygiène militaire.

Faculté de Médecine de Paris. — Sont nommés pour l'année scolaire 1896-1897 : 1° Chef du laboratoire des travaux bactériologiques et chimiques : M. Robin (Pierre), pharmacien de 1re classe, laboratoire de clinique chirurgicale (Charité), emploi nouveau. — 2° Chef des travaux d'anotomie pathologique : M. Rabaud, laboratoire des cliniques des maladies mentales, emploi nouveau. M. Philippe (Claudius), bachelier ès lettres et ès sciences restreint,

est chargé, pour l'année scolaire 1896-1897, des fonctions de chef des travaux d'anatomie pathologique (laboratoire de clinique des maladies du système nerveux), en remplacement de M. Nageotte, dont la délégation est expiré.

Service de Santé militaire. — Par décret, en date du 17 août 1896, ont été promus ou nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale. Au grade de médecin principal de première classe de l'armée territoriale : M. Barbier, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité. — Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale : M. Marestaing, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité.— Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve : MM. les Drs en médecine Mahé, Mercier, Puech, Bourdette, Jones, Langlois, Roux, Le Même, Mangin-Bocquet, Bouquet, Raynaud, Brody de Lamotte, Sergent, Dutournier, Briault, Pillard, Beaufort, Barada, Petit Constant, Cerf, Dreyfus, Ollivier, Briche, Bonhommet, Thouvenin, Grouhel, Faguet, Lefaye, Lorenzi, Haulin, Collin, Strafforiclli, Laugier, Schwaab, André, Chocquet, Hannebelle, Pietri, Fourel, Delahousse, Roche, Lefournier, Servas, Brechoteau, Isnard, Scherb, Mouille, Degrand, Lemesle, Candelier, Durand.

Par décision ministérielle, en date du 20 août 1896, ont été désignés pour les postes ci-après : MM. les médecins-majors de première classe Huchart, pour les salles militaires de l'hospice mixte d'Angoulême ; Bourdon, pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris ; Perrin, pour le 10e d'artillerie ; Lauza, pour l'hôpital militaire d'Amélie les-Bains; Fabre, pour le 126e d'infanterie ; André, pour l'hôpital militaire de Nancy ; Famechon, pour le 21e d'artillerie ; Marty, pour l'hôpital militaire de Belfort ; Schmit, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons; Gazin, pour le 163e d'infanterie ; Georges, pour l'hôpital militaire de Nancy ; Sibille, pour le 152e d'infanterie ; Béchard, pour le 2e génie ; Bischoff, pour le 8e d'artillerie. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Maupetit, pour le 77e d'infanterie ; Riff, pour le 135e d'infanterie ; Godet, pour le 130e d'infanterie ; Petit, pour le 1er zouaves ; Frilet, pour le 4e chasseurs à cheval ; Artigues, pour le 17e chasseurs à cheval ; Auger, pour le 2e dragons ; Marignac, pour le 1er régiment étranger ; Cherpitel, pour le 5e chasseurs à cheval ; Lausac, pour la poudrerie militaire du Bouchet ; Gaillard, pour la direction du service de santé du 4e corps d'armée ; Ravoux, pour le 15e d'infanterie ; Moingeard, pour le 19e escadron du train des équipages. — MM. les médecins aides-majors de première classe Gontier, pour le 99e d'infanterie ; Castaing, pour le 115e d'infanterie ; Dormand, pour le 133e d'infanterie ; Chabrut, pour le 36e d'artillerie ; Roulet, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; Jaulmes, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; Perrogon, pour le 65e d'infanterie ; Chevron, pour le 4e dragons; Sabatier, pour le 83e d'infanterie ; Binet, pour le 135e d'infanterie ; Pech, pour le 1er régiment étranger.

Service de Santé de la Marine. — Par décret, en date du 22 août 1896, ont été promus dans le corps de santé de la marine : au grade de médecin principal, M. le médecin de 1re classe Curet ; au grade de médecin de 1re classe, M. Dessemond-Sicard, médecin de 2e classe.

Service de Santé des Colonies. — Par décrets, ont été promus dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat : Au grade de médecin en chef de première classe : M. Serey, médecin en chef de deuxième classe des colonies. Au grade de médecin en chef de deuxième classe : MM. Reynaud et Auvray, médecins principaux. Au grade de médecin principal : M. André, dit Duvigneau, médecin de première classe. Au grade de médecin de première classe : M. Brochet, médecin de deuxième classe.

Congrès international d'Hydrologie a Clermont. — La quatrième session du Congrès international d'Hydrologie, de Climatologie et de Géologie se tiendra à Clermont-Ferrand, du 28 septembre au 4 octobre 1896.

Distinctions honorifiques. — Nominations au grade de *Chevalier de la Légion d'honneur* : M. Coffec, médecin en chef de l'hospice civil de Quimper (Finistère); M. Goupil, maire de Ploermel (Morbihan) ; M. Barbé-Guillard, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Léhon (Côtes-du-Nord); M. Joubert, maire de Saint-Domineuc (Ile-et-Vilaine).

Est nommé officier du *Mérite agricole* M. le Dr Arloing (de Lyon)

Récompenses. — M. le Ministre de l'Intérieur a décerné, aux personnes ci-après désignées, des médailles d'honneur en témoignage du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de diverses épidémies qui ont sévi dans les départements d'Alger et de Constantine en 1893, 1894 et 1895. — *Médaille d'or* : M. le Dr T[illegible]le (d'Alger). — *Médailles d'argent* : MM. les Drs Chassaigne (de Chateaudun-du-Rhumel), Martin (de Constantin) : MM. [illegible]mard, Maurin, Nesmes et Rouquet, internes à l'hôpital de Mustapha: Poli, interne à l'hôpital de Cône). — *Médailles de bronze* : M. le Dr Ammar (de Bône) ; MM. Avon et Cabanes, internes à l'hôpital de Mustapha.

Universités étrangères. — *Faculté de Médecine de Cracovie.* Sont nommés privatdocenten : MM. les Drs Ladisl. Reiss (dermatologie et syphiligraphie) ; Alex. Baurowicz (laryngologie). — *Faculté de Médecine de Genève.* M. le Dr R. de Seigneux est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie. — *Faculté de Médecine de Strasbourg.* M. le Dr Hofmeister, professeur de pharmacologie à la Faculté allemande de médecine de Prague, est nommé professeur ordinaire de chimie physiologique, en remplacement de M. F. Hoppe-Seyler, décédé. — *Rush Medical College de Chicago.* M. le Dr Edwin Klebs est nommé professeur de pathologie. — *Western Reserve University Medical Department de Cleveland.* Sont nommés professeurs : MM. les Drs E.-F. Cushing (pédiatrie) ; Ch.-F. Hoover (diagnostic physique). M. le Dr W.-H. Humiston est nommé professeur adjoint de gynécologie. — *Faculté de Médecine de Palerme.* M. le Dr Fr. de Grazia, privatdocent à la Faculté de Médecine de Naples, est nommé privadocent de pathologie médicale. — *Faculté de Médecine de Vienne.* M. le Dr Rudolf Kolisch est nommé privatdocent de médecine interne. — *Faculté de Médecine de Wurtzbourg.* M. le Dr Joh. Müller est nommé privatdocent de médecine interne. — *Charing-cross Hospital Medical School de Londres.* M. le Dr Stanley Boyd, lecteur d'anatomie, est nommé lecteur de chirurgie, en remplacement de M. Astley Bloxam, démissionnaire. M. le Dr H F. Waterhouse est nommé lecteur d'anatomie, en remplacement de M. Boyd. (*Sem. Méd.*)

L'Hygiène a Madagascar et a Tamatave. — On trouve en général qu'il fait insupportablement *chaud* à Tamatave. Ce qui le donnerait à croire, c'est que de onze à quatre heures, toutes les maisons, toutes les boutiques se ferment : la vie est suspendue. Beaucoup d'habitants aussi se plaignent du *paludisme*; mais il a été démontré que la fièvre épargnait, à très peu d'exceptions près, les colons qui arrivent ici sans maladie organique et qui s'abstiennent d'excès en tout genre. On a dit avec beaucoup de raison : Le plus grand ennemi de la santé du colon, c'est lui-même. Si, pourvus d'une bonne constitution, vous fuyez le soleil, l'alcool et le sexe qui perdit l'autre, vous n'offrirez aucune proie à la fièvre. Ceci est vrai du moins pour Tamatave et pour bien d'autres points du globe réputés fiévreux. Je crois que Tamatave ne mérite pas sa mauvaise renommée et qu'il est relativement sain en comparaison de certaines régions de Madagascar, par exemple, le Bouéni. Dans un pays de fièvre, la fièvre a bon dos. On lui attribue toutes les indispositions dont on souffre, de quelque nature qu'elles soient.

L'Assistance Médicale gratuite devant les Conseils généraux. — *Vendée.* — M. Soullard a lu au Conseil général de la Vendée un rapport relatif à l'assistance médicale gratuite, et cette question a donné lieu à une question fort intéressante entre M. le Dr Bourgeois et M. le Préfet. M. Bourgeois a prétendu que la loi récente sur « l'assistance médicale gratuite » est fort mal faite et ne répond pas au but poursuivi, et pour tout argument à l'appui de la thèse il a apporté l'exemple d'une commune de sa connaissance (la sienne probablement), qui se trouve avoir dépensé 1,600 francs pour ce service, alors qu'elle ne disposait que d'un crédit de 1,000 francs. Et il voulait que le Conseil général l'aidât à se tirer de là. M. le Préfet n'a pas eu de peine à démontrer que le cas isolé allégué par M. Bourgeois ne prouvait rien contre la loi, qui d'ailleurs commence à peine à fonctionner et dont on ne peut encore connaître tous les résultats. Il a ajouté d'ailleurs — et très utilement — que les communes sont toujours libres de pourvoir à l'insuffisance de leurs ressources en votant des centimes additionnels, ce qui leur vaudra un subside du département égal à la somme qu'elles auront elles-mêmes votée, et qu'au surplus les maires ont le droit et le devoir d'inscrire d'office, s'il y a lieu, des noms sur la liste des indigents admis à « l'assistance médicale ». Si la loi sur « l'assistance médicale » n'a pas produit jusqu'ici plus de résultats, cela tient à ce que beaucoup de municipalités la laissent ignorer de leurs administrés, de crainte de se voir entraînées dans des dépenses nouvelles. Et cela est très fâcheux.

Manche. — Après un assez long débat sur le service de l'assistance médicale et pharmaceutique gratuite, le conseil général de la Manche a demandé que la loi de 1893 soit remaniée de façon à rendre cette assistance moins onéreuse pour les communes.

Le Choléra. — *Egypte.* — Depuis mardi dernier, le choléra décroît dans la basse Egypte, où on a enregistré 94 nouveaux cas et 94 décès. Il a augmenté, au contraire, dans la haute Egypte, où il y a eu 227 nouveaux cas et 179 décès.

Hommage a Pasteur a Paris. — On vient de changer les plaques d'une partie du boulevard de Vaugirard, qui portera désormais le nom de boulevard Pasteur.

Monument Pasteur. — Le conseil général du Var a voté un

crédit de 50 francs en faveur d'un monument à élever à Pasteur. — Une subvention de 200 francs a été votée par le Conseil général du Cantal pour l'érection d'un monument à la mémoire de Pasteur.

MONUMENT DE LAVOISIER. — L'Académie des Sciences, on se le rappelle, décida, au cours de l'année 1894, de prendre sous son patronage une souscription internationale dont le produit serait destiné à élever un monument à Lavoisier, mort cent ans auparavant. Un comité composé des membres du bureau d'alors et de MM. Chauveau, Déhérain, Moissan et Grimaux, membres de l'Académie, a été chargé d'organiser cette souscription. Cette initiative a reçu un très favorable accueil tant en France qu'à l'étranger. La somme recueillie dès à présent s'élève à 47,553 fr. 50.

MÉDECIN CANDIDAT AU SÉNAT.— On sait que les électeurs sénatoriaux sont convoqués pour le 6 septembre, à l'effet d'élire un sénateur au siège dont le sort a fait bénéficier le département du Gers, à la suite du décès de M. Jules Simon. M. le Pr Lannelongue, député de Condom, a posé sa candidature dans une circulaire où, tout en demandant le maintien du Sénat dont il aspire à faire partie, il se prononce pour une revision limitée ayant pour but de réaliser une harmonie plus parfaite entre les Chambres et le gouvernement. Il rappelle qu'il a voté deux fois le principe de l'impôt global sur le revenu; mais il ajoute qu'il est l'adversaire de la déclaration et de l'inquisition en matière financière.

MÉDECINS CONSEILLERS GÉNÉRAUX. — M. le Dr Valentini a été élu le 10 août, conseiller général du canton de Morosaglia (Corse), sans concurrent.

LES MÉDECINS DANS LES CONSEILS GÉNÉRAUX. — Le Conseil général de l'*Indre* a réélu son ancien bureau et un des vice-présidents nommé est M. le Dr Breteau. — A Caen, le Conseil général du *Calvados* a réélu M. le Dr Turgis, sénateur, comme président. — A Orléans, le Conseil général du *Loiret* a élu comme vice-président, M. le Dr Viger, ancien ministre. — Dans le *Vaucluse*, le Dr Lemoyne, élu d'abord vice-président, a été élu président; M. le Dr Rey a été élu vice-président. Le bureau du Conseil est radical.

ASILE DE VIEILLARDS DE VAUCLUSE. — Le Conseil général de Vaucluse a voté un emprunt de 1,200,000 francs pour la création d'un orphelinat, d'un sanatorium et d'un asile pour les vieillards.

LA POUPONNIÈRE. — Nous apprenons que la Société maternelle dite la Pouponnière a été reconnue d'utilité publique par décret en date du 21 juillet.

UN LABORATOIRE RÉGIONAL DE BACTÉRIOLOGIE EN NORMANDIE. — Le Conseil général du Calvados a adopté le règlement du laboratoire départemental de bactériologie, récemment créé à Caen à l'aide de souscriptions communales et individuelles, et qui, par suite d'un vote du Conseil général de la Manche, allouant une subvention à cet effet, s'étendra aux départements du Calvados et de la Manche.

LABORATOIRE DE BANYULS-SUR-MER. — *Irrégularités financières.* — M. Bourrat, député des Pyrénées-Orientales, donne lecture du rapport sur la visite faite au laboratoire Arago, de Banyuls-sur-Mer, par le Conseil général tout entier. Le rapport critique vivement la gestion financière de M. de Lacaze-Duthiers, membre de l'Institut et directeur du laboratoire Arago, appelle l'attention du Ministre de l'Instruction publique sur les faits signalés, et l'engage à envoyer un délégué sur les lieux ainsi qu'un inspecteur des finances. Le rapport de M. Bourrat a été adopté par le Conseil.

DEUX CHIMPANZÉS VIVANTS A PARIS. — Ils sont au Muséum et s'appellent Baboun et Baton. Résisteront-ils mieux que les autres? On peut l'espérer. Baboun, le mâle, a trois ans; il a 80 centimètres de hauteur; Balon, sa compagne, est plus grande et plus vieille : elle a près de cinq ans. Tous deux sont très vigoureux et vivaient depuis un an déjà en captivité lorsque M. le Dr Maclaud, médecin de marine à Conakry (Guinée française), les embarqua pour la France.

HÔPITAL DE LA ROCHE-SUR-YON. — M. le Préfet de la Vendée a fait connaître au Conseil général qu'il croyait pouvoir assurer que l'Etat allait offrir une subvention très importante pour les réparations considérables et urgentes qu'il y aurait lieu d'effectuer dans cet établissement, et le Conseil a accueilli cette déclaration avec une vive satisfaction.

LA CROIX VERTE. — On possédait déjà la *Croix rouge* (soins et transports des malades sur les champs de bataille) et la *Croix blanche* (soins aux militaires malades ou convalescents). Il vient de se créer, à Vienne, une nouvelle Société, celle de la *Croix verte*. La *Croix verte* est une Société de sauvetage et de secours aux alpinistes et simples excursionnistes amateurs des hautes cimes. Elle est une création du *Club Alpin Autrichien*, qui a installé, sur différents points des hautes montagnes, sur les glaciers, etc., des chalets ou de petits réduits bien abrités contenant des boîtes de secours. Des cours pratiques et théoriques sont faits par des médecins aux guides, et ceux-ci sont exercés à appliquer des attelles et à faire des pansements antiseptiques. (*Presse médicale*).

UN MÉDECIN PRÊTRE. — Un médecin très connu à Amiens et à Abbeville où il a longtemps exercé, M. le Dr Fauvel, vient d'être ordonné prêtre dans la chapelle des sœurs Ursulines de la rue Saint-Dominique, en présence d'une nombreuse assistance d'amis et de parents. Le Dr Fauvel avait abandonné sa riche clientèle il y quelques années déjà pour devenir ecclésiastique. Il était allé faire ses études théologiques à Rome. (*Petit Journal*, 23 août).

NÉCROLOGIE. — M. le Dr BAUDRÉ, du Neubourg (Eure), reçu en 1864. — M. le Dr LECLÈRE, de Martres (Haute-Garonne). — M. le Dr SACQUEPÉE, d'Argueil (Seine-Inférieure), reçu en 1870. — M. le Dr VANNAIRE, de Gannat (Allier), reçu en 1859. — M. le Dr VAULOT, de Saint-Dié, reçu en 1854. — M. le Dr VACARY, de Saint-Rambert-d'Albon (Drôme), décédé à l'âge de 42 ans. — M. E.-A. CARRIERE, ancien chef des pépinières du Muséum d'histoire naturelle, l'un des rédacteurs de la *Revue horticole*. M. E.-A. Carrière est mort à Montreuil-sous-Bois, à la suite d'une longue maladie. — M. le Dr ROQUEBERT, de Villeneuve-de-Marsan. — M. le Dr DAMAS, de Thiers. — M. le Dr Charles SALSAS, un érudit et fin lettré très connu en Espagne, vient de mourir subitement d'une embolie au cœur dans l'enclave espagnole de Llivia, près les Pyrénées-Orientales. M. le Dr Salsas possédait deux tableaux de Murillo d'une très grande valeur provenant d'une ancienne église espagnole. — M. le Dr ALDIBERT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. — M. le Dr KUENEMANN, médecin de la marine. — M. le Dr A. ROSNER, professeur de dermatologie à la Faculté de médecine de Cracovie. — M. le Dr RUDINGER, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Munich. — M. le Dr P.-Y. GOWLLAND, ancien lecteur d'anatomie à l'Ecole de médecine de London Hospital. — M. le Dr Jerome COCHRAN, ancien professeur d'hygiène et de médecine légale au Medical College of Alabama, de Mobile. — M. le Dr DUNCAN MACDONALD, ancien professeur de matière et de thérapeutique au Ceylon Medical College. — M. le Dr Charles SIMON (de Beauvoir-sur-Mer, Vendée). Nous adressons à la famille de notre ami nos sincères compliments de condoléances. M. B.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRES MÉDICAL*

RECHERCHES CLINIQUES & THÉRAPEUTIQUES

SUR

l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie

Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'**année 1895;**

Par BOURNEVILLE

Avec la collaboration de MM. BONCOURT, COMTE, DARDEL, DUBARRY, LERICHE, LOMBARD, J. NOIR, PILLIET, RUEL, SOLLIER et TISSIER, internes ou anciens internes du service.

Tome XIV. Un beau volume in-8° de LXXI-254 pages, avec 31 figures et 8 planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCCr), RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IV. N° 37. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 12 SEPTEMBRE 1896.

Le Progrès Médical

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Pleurésie purulente et pleurotomie;

par Félix TERRIER.
Chirurgien de l'hôpital Bichat, Professeur de médecine opératoire à la Faculté de Paris.
Leçon recueillie par E. REYMOND.

L'*historique de la pleurotomie* constitue par elle-même une longue étude, du reste fort bien faite dans le *Traitement des pleurésies purulentes* de MM. Debove et Courtois-Suffit, et que je ne veux pas entreprendre ici (1).

Aussi, me contentant de vous rappeler qu'Hippocrate avait décrit le procédé opératoire de la pleurotomie, et que Galien avait pratiqué l'aspiration du pus à l'aide du *pyulque*, sorte de seringue munie d'une longue canule, je n'énumérerai pas les alternatives par lesquelles a passé cette opération pendant le moyen âge et les temps presque modernes. J'arrive de suite au début de notre siècle et je chercherai quels étaient, à cette époque, les résultats de l'empyème : ils étaient déplorables, ni plus ni moins. Pour ne citer qu'un nom, Dupuytren ne compte pas un succès dans toutes ses interventions; aussi, quoi qu'ayant été en principe partisan de cette opération, il la refusa, alors qu'il se vit lui-même atteint d'une pleurésie purulente : « Je préfère, aurait-il dit, mourir de la main de Dieu que de la main des chirurgiens. »

Si l'on veut se faire une idée de l'obscurité qui règne alors dans l'esprit des chirurgiens au sujet de l'empyème, il faut se reporter à la longue discussion de l'Académie de Médecine (1835) à propos d'un rapport de Sanson et de Bouillaud. Les théories les plus étranges, les affirmations les plus catégoriques et les plus erronées, cachèrent mal l'ignorance de tous, comme on le fit remarquer alors.

La thèse de Sédillot (2) ne parvint pas à remettre en honneur la pleurotomie et, cependant, il s'en fit le défenseur énergique, quoique restreignant beaucoup les indications de l'opération; ils précisa ainsi ces dernières :

1° Ne pas opérer dans la période aiguë;

2° Opérer dans les épanchements chroniques, les sujets dont les viscères sont sains, avant que les poumons aient perdu la possibilité de se dilater et de reprendre leurs fonctions;

3° Reculer le plus possible l'opération, lorsqu'il existe des complications incurables et n'y avoir recours qu'à titre de traitement palliatif et comme secours passager et précaire.

Les chirurgiens refusent d'écouter Sédillot. C'est un médecin qui va forcer leur attention. Vers cette époque, en effet, Trousseau (3) pratiqua l'empyème : il opéra seul et avec succès. Le court mémoire qu'il lut en 1844 à l'Académie fit plus que de longues discussions; il y constata modestement ses succès et en indiqua la cause. C'est, qu'en effet les découvertes de Laennec et de son école s'étaient vulgarisées depuis quelques années. Trousseau sut appliquer au diagnostic de la pleurésie purulente les renseignements de l'auscultation; il sut reconnaître l'affection et l'opérer de bonne heure. Laennec lui-même n'avait-il pas prévu cette influence, lorsqu'il avait dit que la pleurotomie deviendrait plus commune, à mesure que l'auscultation médiate permettrait de diagnostiquer plus tôt et d'intervenir à temps ?

(1) Paris, 1 vol., 1892.
(2) Sédillot. — Th. de concours, Paris, 1841.
(3) En 1844.

La thèse d'agrégation (1) de Damaschino, en 1869, nous donne une idée assez exacte de l'opinion qu'on avait sur l'empyème et de la frayeur qu'inspirait encore cette opération; tout en conseillant d'abord la ponction, Damaschino se dit partisan de l'empyème, mais en faisant de si nombreuses réserves que l'opération ne peut être qu'exceptionnelle dans de pareilles conditions.

Voulez-vous, d'ailleurs, avoir une idée de la rareté, à cette époque, d'une opération qui nous semble si banale aujourd'hui. En 1869, alors que j'étais prosecteur à cette Faculté, je me souviens que l'on dût opérer d'une empyème M. le Pr Dolbeau. A. Nélaton fit l'opération; mais auparavant il la vint répéter sur le cadavre, et je crois que jusqu'alors il n'avait jamais eu l'occasion de la pratiquer sur le vivant.

En 1871 parait un important mémoire de Bouchut; il fait un long historique de la thoracentèse et de la pleurotomie, pour ensuite combattre cette dernière au profit des ponctions indéfiniment répétées.

L'année suivante avait lieu, à l'Académie, la longue discussion dont je vous parlais déjà à propos de la thoracentèse; et les injurieuses plaisanteries dont s'accablèrent Chaissaignac et Béhier ne firent aucunement avancer la question.

Mais cette même année paraissait le mémoire de Moutard-Martin, (2) qui résume bien l'état des connaissances de l'époque et donne comme manuel opératoire de minutieux détails auxquels nous trouverons peu de chose à ajouter aujourd'hui ; il mentionne 17 opérations dont 5 morts et 12 guérisons, 5 de ces dernières ayant conservé une fistule. Sans être brillants, ces résultats sont bien supérieurs à ceux que nous venons de signaler.

Cette même année, Playfair invente son procédé de lavage de la plèvre qui rentre dans la thoracentèse plutôt que dans la pleurotomie. Grâce aussi aux appareils de Dieulafoy et de Potain, nous sommes à l'époque où la ponction est en grande vogue; elle aurait eu l'avantage sur la pleurotomie, si celle-ci n'avait bénéficié largement de la découverte de Lister, de l'antisepsie.

C'est en 1873 qu'Ewart fait la première pleurotomie antiseptique ; mais on resta longtemps sans comprendre tout l'avantage qu'on en pourrait tirer. Malgré la thèse de Peyrot (1876) qui préconisa l'incision précoce, (3)

(1) *Sur la pleurésie purulente.*
(2) Moutard-Martin. *Mémoire sur la pleurotomie* 1872.
(3) *Etudes expérimentales et cliniques sur le thorax des pleurétiques*, etc. Th. de Paris, 1876.

nous voyons encore la frayeur de l'opération autoriser l'emploi des thoracotomes de Vergely (1876) et de Leyden (1878); je tiens à ne pas insister sur la description de ces instruments inutiles et dangereux.

C'est en Angleterre d'abord, en 1875, en Allemagne ensuite vers 1878, que l'empyème antiseptique est faite couramment. Paraissent alors les observations de Sinclair et Marshall, de Baum, Kœnig, Gœschel, Wagner, tandis qu'en France il nous faut attendre jusqu'en 1882 et 1883 pour trouver des observations de pleurotomie antiseptique de D. Mollière à Lyon, de M. Debove à Paris.

Le travail de Hache (1) contribue à faire connaître les avantages de la pleurotomie antiseptique. Mais bientôt un nouveau mouvement va se produire; certains auteurs vont se demander si l'antisepsie agit bien vraiment sur l'infection intra-pleurale, si son rôle ne se borne pas à empêcher une infection secondaire; ils vont même jusqu'à supposer que la présence des liquides antiseptiques dans la plèvre est beaucoup plus nuisible qu'utile : de là la pensée de la *pleurotomie aseptique sans lavages*, que Cabot avait pratiqué à Boston, que Bouveret (2) défend dans son remarquable livre, et dont je me suis fait pour ma part l'ardent défenseur. Est-ce à dire, que les résultats que nous donnait cette pleurotomie aseptique étaient toujours semblables? Certes non, mais ils étaient parfois excellents; je me souviens qu'en 1886, mon collègue Rigal m'appella auprès d'un enfant porteur d'un empyème; je pratiquai la pleurotomie sans aucun lavage; l'enfant guérit en quelques semaines. A ce moment nous ne nous doutions pas que la diversité du résultat tenait à la diversité de l'infection.

C'est Netter qui est venu nous instruire à cet égard; de 1889 à 1892, on étudie la microbiologie des pleurésies purulentes; on constate que celles-ci ont une marche différente suivant la nature du microbe, et que l'intervention doit peut-être varier suivant les cas. En un mot, c'est la bactériologie qui va maintenant donner à la chirurgie ses indications les plus intéressantes.

Après ce rapide coup d'œil en arrière, j'en arrive au *manuel opératoire*? Je vous ai déjà dit qu'il était resté à peu près tel que l'avait tracé Moutard-Martin. Celui-ci recommande tout d'abord, avec grande raison, de pratiquer une large incision, qui permette d'évacuer facilement et le pus et les fausses membranes. Cette incision sera placée au point le plus déclive, et l'on aura soin, dit Moutard-Martin, que la section cutanée soit plus plus basse que l'incision des parties profondes : peut-être est-ce là une exagération; en revanche, c'est avec raison qu'il recommande de faire cette incision plus large superficiellement que dans la profondeur, afin d'éviter l'infiltration de l'air. Le bistouri rasera le bord supérieur de la côte; il peut même tracer l'incision cutanée sur celle ci.

Mais quel sera l'espace choisi? Le septième ou le huitième, quelquefois le neuvième du côté gauche. On placera l'incision un peu en arrière de la ligne axillaire postérieure; elle aura six centimètres de longueur.

La peau une fois sectionnée, on la tire légèrement en haut, déplaçant la plaie de 3 ou 4 mm.; on incise l'aponévrose, les muscles; l'index gauche est mis dans la plaie : il sent le bord supérieur de la côté, le long duquel on va continuer à inciser jusqu'à la plèvre. De cette façon, on est certain d'éviter l'artère intercostale.

(1) Hache. — *Pleurotomie antiseptique*; in *Revue de Chirurgie*, 1883.
(2) Bouveret. — *Traité de l'empyème*. Paris, 1888.

Le pus une fois évacué, trois drains de longueur différente sont placés dans la plaie qu'on ferme avec soin autour d'eux; ils sont d'autre part fixés à la peau, et c'est une précaution qui ne paraîtra pas négligeable à ceux qui savent combien de drains ont disparu dans la plèvre pour y créer des suppurations interminables et n'être découverts qu'à l'autopsie.

Moutard-Martin considère la résection d'une côte comme inutile; elle peut cependant rendre de grands services quand l'espace intercostal est étroit; d'autre part elle complique peu l'opération et la côte réséquée est prompte à se reformer comme j'ai pu m'en convaincre, tout dernièrement encore, chez un jeune confrère auquel je dus faire une deuxième opération.

Je ne vous parle pas des lavages que fait Moutard-Martin; nous allons voir dans un moment tous les liquides qui ont pu être proposés. Quant au pansement, il ne se compose, hélas! que de sparadrap et de collodion, et c'en est assez pour nous expliquer que Moutard-Martin accuse dans sa statistique 31,5 0/0 de morts et 20 0/0 de fistules persistantes.

Or, savez-vous à quoi Malgaigne et Léon Lefort attribuent d'aussi médiocres résultats? A ce qu'on a abandonné les mèches de charpie, les tentes, qui, enfoncées dans la plaie, et maintenues par un bandage de corps, suffisaient à empêcher l'air d'entrer dans la plèvre (1), tandis que les drains actuellement employés laissent entrer l'air et facilitent le retrait du poumon. Pour l'éviter, il faudrait boucher les drains. Je ne vous citerai pas, Messieurs, cette opinion faite pour vous étonner, si elle n'avait été émise, il y a moins de sept ans, et si, en 1892, on ne l'avait encore formulée devant l'Académie de Médecine!

La réponse est toute entière dans ce fait que, dès 1883, Lister faisait des pleurotomies avec une proportion de guérisons bien plus encourageante; il y avait deux raisons à cela : il opérait antiseptiquement et surtout il appliquait son pansement à la suite de l'opération. Celui-ci a en ce cas une importance toute spéciale. Supposez en effet qu'ayant opéré de façon à ne pas infecter la plèvre, vous vous contentiez ensuite d'un pansement propre, mais insuffisamment épais, qui sera bientôt traversé et restera ainsi jusqu'au pansement suivant; le résultat est certain : la plèvre ne tardera pas à être infectée secondairement. Des soins de propreté, un pansement mieux approprié : telles sont donc les modifications les plus importantes qu'on ait apportées aux procédés de Moutard-Martin.

Certains auteurs ont voulu cependant modifier quelques points de technique opératoire : Fræntzel conseille de pénétrer dans le quatrième ou cinquième espace, trouvant inutile de descendre plus bas. Wagner choisit aussi le cinquième ou sixième espace, au niveau du bord du grand dorsal et il relève le siège du malade. König fait mieux, et pour assurer la déclivité de la plaie, il soulève le malade par les pieds à plusieurs reprises.

D'autre part nous voyons Baum, Kœnig, Schede, Küster, chercher à assurer le drainage parfait de la séreuse, en faisant une contre-ouverture de dedans en dehors dans un espace inférieur : c'est là un procédé délicat et abandonné. En revanche Kœnig (2) a beaucoup insisté sur les avantages de la résection d'une côte: ce qui, nous venons de le dire, peut rendre de grands

(1) *Manuel de méd. opérat.*, 9e édition. T. II, p. 339. Paris, 1889.
(2) Kœnig. — *Centralbl. f. Ch.*, n° 18, 1880.

services. Cette opération peut être peu étendue (2 cent.) et sous-périostée.

Terminons-en avec ces modifications de technique, en disant que Debove et Courtois-Suffit recommandent vivement de ne jamais faire la pleurotomie sans avoir auparavant pratiqué une ponction exploratrice : je ne suis pas certain que ce soit chose indispensable pour les chirurgiens.

Mais voici l'opération faite : nous savons de quel genre de pansement nous allons tout à l'heure nous servir ; auparavant *ferons-nous un lavage*? C'est une question sur laquelle on est loin d'être d'accord.

Pour les partisans du lavage, les liquides à employer ne manquent pas; je n'en ferai pas l'énumération et, sans remonter jusqu'à l'eau miellée, le vin aromatique d'Hippocrate et de ses successeurs, je vous indique seulement quelques-unes des solutions vantées encore actuellement. Wagner a employé la solution phéniquée à 2 et 3 0/0, Kœnig à 5 0/0 ; on l'a abandonnée comme toxique. L'eau alcoolisée ne peut avoir que des inconvénients. L'iode a donné lieu à des accidents d'iodisme fort graves. Le permanganate de potasse a été vanté par Frætzel et employé par lui en solution à 1/500. Moizard, Comby, se sont servi du chloral à 1/100; Potain, Kœnig, de l'acide salycilique à 1 et 2 0/0. L'acide borique en solution est bien peu efficace et le chlorure de zinc dangereux. Laveran se serait bien trouvé du crésyl et Vignalou du naphtol.

Mais un des liquides les plus employés est celui à qui Debove et Courtois-Suffit donnent la préférence : la solution de bichlorure, dont on fait un lavage suivi d'une irrigation d'eau bouillie; celle-ci entraîne l'excès de bichlorure et empêche l'intoxication. La solution bichlorurée aurait une action directe très importante sur les microorganismes fixés aux parois de la plèvre : je me permets d'en douter; passe encore pour les microbes, mais les spores? Et cette action sur la plèvre est-elle d'autre part sans inconvénients? Ne diminue-t-elle pas singulièrement la vitalité des tissus et par conséquent la résistance de ceux-ci aux microorganismes?

Ce sont ces craintes qui ont fait préférer à certains auteurs les lavages avec des sérums artificiels, ou l'eau stérilisée, et qui pour ma part m'empêchent d'employer pour l'empyème un autre procédé que celui que je préconise en général pour toute opération : l'empyème est un abcès que je traite comme un abcès; à partir du moment où j'ouvre la plèvre, je n'ajoute rien à ce qui s'y trouve ; l'antisepsie ne sert que pour les parois du thorax et les mains de l'opérateur et s'il y a lieu de faire un lavage, je n'utilise que l'eau simple, bouillie, tout au plus l'eau salée stérilisée.

Comment injecter cette eau? Je n'insisterai pas sur les inconvénients de la seringue et sur sa malpropreté; pourquoi d'ailleurs employer un instrument dont la stérilisation sera toujours au moins difficile quand il est si commode d'user d'un simple entonnoir de verre, auquel fait suite un tube de caoutchouc que termine une canule de verre : le tout est facilement bouilli et stérilisé.

Je disais tout à l'heure, « s'il y a lieu de faire un lavage ». C'est qu on s'est demandé si celui-ci n'était pas de trop quel que soit le liquide employé. Depuis longtemps, pour ma part, avec Göschel et König, j'ai conseillé de ne faire le lavage que si le pus était putride. Hache dit de ne faire qu'un seul lavage après l'empyème; Bouveret de ne laver que rarement et même de s'en abstenir si possible. En 1890, Bucquoy (1) proposa nettement d'en revenir à l'empyème simple, non suivie de lavages.

Je vous répète mon opinion : pas de lavages si possible et, si l'on en fait, n'employer que de l'eau stérilisée simple ou salée.

La clinique suffira-t-elle à indiquer celle de ces deux alternatives qu'il faut choisir? L'aspect du pus, son odeur, sont des renseignements insuffisants; la persistance de la fièvre est mieux faite pour nous décider au lavage ; mais c'est surtout l'examen bactériologique du pus qui nous renseignera.

Doit-on anesthésier le malade à qui l'on va faire une pleurotomie? On a toujours soutenu que l'anesthésie générale était dangereuse à cause même de l'épanchement pleurétique. Peut-être ces craintes sont-elles exagérées. Il m'est autrefois souvent arrivé, au temps où les malades hésitaient davantage devant une laparotomie, d'opérer des femmes porteuses de très gros kystes de l'ovaire compliqués des doubles épanchements pleuraux : je les faisais anesthésier et n'ai jamais déploré d'accidents. Cependant, j'en conviens, des précautions sont imposées et d'autre part l'anesthésie locale peut parfaitement suffire, que ce soit avec la cocaïne ou avec les réfrigérants, qui, dans ce cas, sont d'un usage très facile.

Si l'empyème a donné lieu à un abcès faisant saillie à l'extérieur (cas dit *empyème de nécessité*), il peut y avoir lieu de se comporter autrement que nous ne l'avons indiqué jusqu'à présent. On ouvrira l'empyème au niveau de la saillie extérieure, si celle-ci occupe une situation déclive ; mais, si elle est élevée sur la cage thoracique, on pratiquera l'incision au lieu d'élection, quitte à ouvrir l abcès extérieur en même temps et à pratiquer un double drainage.

C'est encore à des drainages multiples que vous aurez recours dans les cas de pleurésies cloisonnées ne communiquant pas entre elles; celles-ci, d'un diagnostic délicat, seront suspectées dans les cas de voussures multiples du thorax, et affirmées, alors que des ponctions faites en des points divers auront ramené des liquides différents.

Parmi les pleurésies localisées, il en est réclamant un traitement spécial, comme, par exemple, la pleurésie interlobaire, que nous étudierons à propos de la pneumotomie.

Les *accidents* et *complications* de la pleurotomie peuvent se diviser en accidents opératoires et en accidents secondaires survenant au cours du traitement.

Parmi les premières, notons l'*incision sèche* au cas où l'on intervient au niveau d'une adhérence; c'est pour l'éviter que Debove et Courtois-Suffit préconisent la ponction préalable.

La *blessure du diaphragme* et consécutivement, l'*ouverture du péritoine*, une importance qui, on le conçoit, est directement en rapport avec la nature du pus. Toutefois, le pronostic en est généralement bien moins sombre qu'on ne pourrait le croire tout d'abord. Nous avons vu dans quelles limites il faut se tenir pour savoir éviter cet accident.

La *blessure de l'intercostale* est chose asssez rare : parfois il est difficile de pincer l'artère, il n'y aurait pas à hésiter dans ce cas : on résèque rapidement un fragment de la côte correspondante et dès lors on pince facilement les vaisseaux.

Je vous signale encore comme rareté la *blessure du cœur* déplacé.

(1) Bucquoy. — *Soc. méd. des Hôp.*, 1890.

Quant aux accidents postérieurs à l'opération, les plus importants sont ceux qui relèvent de l'infection. Ils peuvent être dus à l'infection existant déjà, mais sont plus souvent consécutifs à une infection secondaire.

Parmi ces *accidents infectieux*, signalons les arthrites purulentes, les abcès cérébraux; ceux-ci paraissent être souvent consécutifs à des embolies qui, on le conçoit, ont grande chance de se produire du même côté du cerveau et sur lesquelles Bouveret a insisté.

Maurice Raynaud a d'autre part décrit le premier, en 1875, certains accidents nerveux, dont l'explication nous échappe en partie. Ce sont des troubles de motilité du côté malade, des attaques syncopales, éclamptiques, des paralysies quelques fois persistantes.

Tels sont les accidents et complications les plus fréquents.

Je veux terminer en vous indiquant à propos des soins consécutifs un mode de traitement connu sous le nom de Siphon de Revillod ou *Procédé de Genève*. Il vous rappellera beaucoup diverses méthodes que nous avons étudiées à propos de la thoracentèse; mais il est appliqué après pleurotomie et ceux qui l'emploient tiennent beaucoup, comme l'indique encore une thèse récente (1), à ce qu'on ne fasse pas la confusion. Ce procédé consiste, aussitôt après l'évacuation du pus, à soumettre la cavité pleurale à un vide relatif qui lutte contre la rétraction du poumon.

L'application du procédé se divise en trois périodes : dans la première, l'appareil n'est pas portatif; il se compose d'un tube de caoutchouc faisant siphon et ayant sur son trajet une boule d'appel; une des extrémités s'enfonce à 10 centim. dans la plèvre, l'autre plonge dans une bouteille à demi-pleine et située plus bas que le malade; le point délicat est toujours de bien fermer la plaie par des points de suture et un pansement spécial autour du tube, si l'on veut assurer le vide intra-pleural.

Dans la deuxième période, même procédé, mais la bouteille est plus petite, l'appareil portatif.

Enfin, dans la troisième période, le flacon est supprimé, le tube est fermé par une pince et pour évacuer ce qui s'écoule de celui-ci on se sert d'une seringue.

On ne supprime tout drainage que quand l'état général est excellent, quand le liquide sécrété par la plèvre est bien limpide, quand enfin le poumon parait avoir repris sa situation normale.

N'ayant jamais vu utiliser ce procédé, il m'est impossible de vous formuler une opinion sur sa valeur; je dirai cependant qu'il me paraît difficile à bien appliquer et doit exposer à des infections secondaires de la plèvre, comme d'ailleurs tous les syphons dont je vous ai entretenu après la ponction du thorax.

(1) Archawski. — Th. Paris, 1893.

Monument Pasteur a Alais. — Par suite de l'arrivée du tsar à Paris, à peu près à la même date que l'on avait primitivement choisie pour l'inauguration de la statue de Pasteur à Alais, la municipalité de cette ville, d'accord avec les comités, a décidé d'avancer les fêtes aux 27 et 28 septembre. De nouvelles invitations vont être officiellement adressées aux ministres qui avaient en principe accepté pour la date du 4 octobre.

Société chimique de Paris. — *Legs*. — Le président de la Société chimique de Paris est autorisé à accepter le legs fait par M. Rigout et consistant en une rente 3 0/0 de 1,200 francs. Conformément aux intentions du testateur, la libéralité dont il s'agit devra porter le nom de « Fondation Edouard Rivot » et la somme de 1,200 francs être ainsi répartie au [illegible] de la [illegible]itière : 600 francs par an pour la bibliothèque de la Société, [illegible] pour la création d'un prix de chimie minérale (prix Edouard [illegible]).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Avenir de l'Art médical.

Si l'on ne peut dire encore de la Médecine ce que Bossuet clamait un jour devant le cercueil de certaine princesse : « Madame se meurt! Madame est morte! », nous ne devons peut-être pas en être beaucoup plus fiers, quoique, évidemment, nous ne soyons pas encore rendus à ce point-là. Mais ouvrons l'œil, car ces temps terribles sont peut-être moins éloignés qu'on ne le pense. Et c'est chez nos amis les Américains que nous en trouvons cette semaine une preuve nouvelle.

Jusqu'à présent, dans notre vieille Europe, on avait pris l'habitude de payer son médecin chaque fois qu'on le dérangeait et qu'on avait besoin de lui. On veut nous changer tout cela, et d'ailleurs il y a longtemps, paraît-il, qu'on a fait déjà semblable tentative aux Etats-Unis. Des spéculateurs ont eu l'ingénieuse idée d'*assurer* non plus seulement la mort, mais *la vie*, et de *prendre à forfait la santé*, comme l'enterrement *de leurs clients*. Moyennant une somme modique, versée chaque année, ils garantissent, la vie durant, tous les soins médicaux et tous les remèdes dont on peut avoir besoin. Au moindre malaise, l'assureur lance sur la voie son médecin attitré, qui vous médicamente d'importance, puisqu'il doit toucher, en dehors de ses honoraires, une prime sur votre guérison. Ayant un double intérêt à vous sauver, ledit praticien, payé à l'année et participant aux bénéfices, s'en donne à cœur joie. Si vous ne vous rétablissez pas, c'est bien vraiment que la médecine y perd son latin.

On le voit, c'est exactement ce qui se passe en Chine, où l'on paie son médecin au mois, tant qu'on se porte bien, mais où on ferme les cordons de sa bourse dès qu'on tombe malade; système qui n'est peut-être pas aussi... *chinois*, pardon : aussi mauvais, qu'on veut bien le dire. Avec ce procédé, on paie pour se bien porter et non pour être alité : ce qui constitue indiscutablement une conception, sinon tout à fait supérieure de l'art de guérir, du moins très conforme aux théories sociales modernes. C'est le médecin fonctionnaire; mais un médecin préventif, et non un médecin curatif. Autrement dit, c'est le triomphe de l'hygiéniste.

Toute médaille a ses revers, ainsi qu'en témoigne le joli conte suivant, qui pourrait être une histoire vraie. Un Chinois, vénérable personnage, arrivant un soir dans une grande ville de son pays, y tombe malade. Sachant que, chez lui, les maisons des médecins se reconnaissent généralement à un certain nombre de lanternes de couleur, indiquant le nombre de clients que le praticien a perdus dans la journée, il s'ingénie à découvrir la demeure de celui dont l'illumination est la moins remarquable. Il finit par en découvrir une, qui ne possède que cinq lanternes, les autres étant ornées d'au moins vingt à trente luminaires. Il s'adresse au locataire et lui demande conseil. Le médecin, étonné de recevoir un consultant de si haute marque, se demande qui a bien pu lui adresser un client aussi distingué. Il pose la question au visiteur, qui lui répond : « Je n'ai vu que cinq lanternes à votre porte; chez tous vos confrères, j'en ai compté plus de vingt. J'en ai conclu, en Chinois lettré, que vous étiez plus capable que vos honorables collègues. — Oh! répond l'autre, cela tient à ce que je ne suis installé ici que depuis ce matin! » Il doit y avoir en Europe et en France un nombre considérable de Chinois de cet acabit!

Pour en revenir aux choses de ce monde, et au titre de cet article, il est certain qu'aujourd'hui, à Paris, et dans bien d'autres endroits, la Médecine, telle qu'on la compre-

nait jadis, ne nourrit plus son monde. A Paris, avant quarante ans passés, il ne faut pas compter sur une clientèle rénumératrice. Le praticien n'a qu'un moyen de sortir de l'impasse : exercer en même temps une autre profession, qui d'ordinaire ne vaut pas celle d'un simple employé de commerce, avoir des rentes ou se marier dans d'excellentes conditions. Cette dernière solution est très prisée dans notre pays, où l'on aime assez trouver l'ouvrage tout fait et où la femme est tout, excepté ce qu'elle devrait être, une personnalité !

Je n'ai pas besoin d'ajouter que celui qui a le malheur de faire de la Science pure, tout seul, en dehors de toute coterie de boutique ou de laboratoire, est un homme à la mer, le bohême savant du quartier latin, peut-être le seul vrai bohême, digne de Murger, qu'on retrouve aujourd'hui boulevard St-Michel. Il est des anciens internes des hôpitaux de Paris, qui, à trente cinq ans, après avoir travaillé sans relâche pendant dix ans, sans avoir couru après un titre officiel quelconque, sans décoration, n'ont pas dix clients sérieux, mais en revanche femme et enfants, plus 3.000 fr. de loyer, sans compter la patente. Comment voulez-vous que, sans fortune personnelle, de telles familles vivent et tiennent leur rang, dans une société comme la nôtre, s'ils veulent rester médecins au sens social du mot ??

Il va falloir changer tout cela; et, si un prompt remède n'est pas apporté à ces maux, c'est dans le charlatanisme le plus éhonté que nous allons tomber ! Il serait plus logique de changer son fusil d'épaule et de déserter la Médecine. Mais allez donc faire entendre de cette oreille là à des Français, bercés par de bourgeoises mères du doux espoir qu'il n'existe qu'une seule profession honorable, la Médecine ! Dans un autre pays, la liberté absolue de l'art de guérir constituerait peut-être une solution acceptable. Mais chez nous il n'y faut pas compter. Les Prêtres deviendraient les docteurs attitrés des meilleures familles et les médecins mourraient de faim.

Constatons-le, quoique à regret : Sous le beau ciel de France, où nous sommes tous plus ou moins mandarins, il n'y a vraiment qu'un moyen : Revenir aux procédés Chinois. C'est évidemment très dur de s'avouer à peine plus malin que les habitants du Céleste Empire; mais, devant l'évidence, il faut bien s'incliner.

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

TROISIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE.

SESSION DE NANCY (6-10 août 1896) (*fin*) (1).

Séance du Lundi 10 Août 1896 (fin).

M. E. LAVAL (médecin militaire). — *Analyse de la Commission sur les lieux de production de l'acide urique dans l'organisme humain.* — L'auteur rappelle les diverses théories qui ont prétendu faire naître l'acide urique : d'un côté, aux dépens du foie (Meissner, Minkowski), de la rate (Ranke), du rein (Zalewski); d'autre part, aux dépens du système sanguin (Pawlinof), puis finalement de ce que l'on pourrait appeler le système leucocytaire. Cette dernière théorie qui fait dériver tout l'acide urique des globules blancs, s'appuie sur les récents travaux de Kossel, Neusser, Weintraud, Kolisch, sur les observations de Frænkel, et c'est cette dernière théorie qui actuellement rallie à juste titre tous les suffrages. M. Laval cite une observation où la part du rein dans la genèse de l'acide urique ne peut être mise en doute. Il s'agit d'un cavalier qui, ayant reçu un coup de pied de cheval dans la région lombaire, présenta les symptômes d'une assez forte contusion du rein (douleurs irradiées, hématurie...) et dont, en même temps, les urines, pendant les deux jours qui suivirent l'accident, continrent des quantités exagérées d'acide urique. Ce fait, malgré ses apparences paradoxales, cadre pourtant avec la théorie des origines leucocytaires de l'acide urique; car l'auteur synthétise de la façon suivante sa conception des lieux de formation de l'acide urique : Toutes les hypothèses émises (et rappelées plus haut) sont vraies; l'acide urique se forme dans le rein aussi bien que dans le foie, dans la rate et dans d'autres organes encore; il se forme également et surtout au sein des systèmes sanguin et lymphatique; enfin partout où il y a des globules blancs. Qu'une affection, qu'un traumatisme affecte l'un de ces viscères ou l'un de ces systèmes et la fonction excrétrice à laquelle travaille une grande partie de l'organisme va subir un trouble qui mettra brusquement en lumière celui des facteurs du grand labeur général qui aura subi une atteinte.

M. Alcide TREILLE (d'Alger). — *Du traitement, chez les enfants, de la fièvre intermittente parfaite à quinine, à rechutes, à transformation et à dégradation successive des types.* — La fièvre intermittente parfaite à quinine, à rechutes, à transformation et à dégradation successives des types, relativement rare chez l'adulte, est encore plus rare chez les femmes et surtout chez les enfants. Ceux-ci ne sortent pas la nuit le long des *oueds* (rivières) et ne peuvent ainsi être atteints par le microbe encore inconnu, mais dont on peut se faire facilement une idée nette — qui se cultive sur les alluvions et se et se développe à la faveur de l'humidité nocturne dans une période très courte de l'été. Il faudra, au printemps ou à l'automne, des conditions toutes particulières et très favorables au développement du germe pyrétogène pour que les femmes et les enfants comme les adultes puissent contracter ce germe de fièvre, pendant le jour, le long des alluvions. Dans une période de vingt-sept ans en Algérie, je n'ai soigné que quelques enfants, peut-être pas six, de cette affection. Mais chez les enfants, même tout jeunes, de moins de deux ans, cette intermittente, tout en les secouant violemment, est aussi *periculi expers* que chez l'adulte et justifie entièrement une fois de plus l'adage si vrai d'Hippocrate : *Febres, quocumque modo intermiserint quod sine periculo sint significant.* Elle ne se transforme donc ni en fièvre dite pernicieuse, ou continue ou rémittente, elle ne crée pas la cachexie dite paludéenne, pas plus que la mégalosplénie durable (toutes infections d'un autre ordre). On l'arrête au jour qu'on veut, et pour cinq jours au moins, avec une dose unique convenable de sulfate de quinine (ou un sel similaire) appropriée à la nature du type donnée au début de l'accès, l'accès attaqué n'étant en rien influencé par la quinine.

Chez un enfant de vingt-deux mois, appartenant à une famille excellente, le plus jeune que j'aie soigné jusqu'à ce jour, j'ai attaqué la fièvre contractée en octobre dernier le long d'un petit ruisseau récemment curé, seulement au début du sixième accès constaté : les deux premiers à type tierce, les quatre derniers à type double tierce, avec une dose de 0 gr. 25 de chlorhydrate de quinine dans un peu de café noir bien sucré. C'est le même sel que j'ai ensuite donné à deux rechutes suivantes, soit au premier accès de rechute (traitement occasionnel), soit en laissant passer deux accès avant d'attaquer. Puis j'ai fait usage du chlorhydro-sulfate à dose unique de 0 gr. 25, administré de la même manière avec un égal succès, sauf une fois où l'enfant avait mangé avant de prendre la quinine, ce qui a entraîné des vomissements immédiats et l'inefficacité de la dose que j'ai reprise en laissant d'abord passer l'accès suivant. Il n'y a eu que six rechutes à type tierce et huit doses en tout (y compris l'attaque du début de quinine données). Au bout de trois mois il y a eu guérison définitive. En dehors des accès l'enfant suivait son régime ordinaire. Je n'ai employé aucun adjuvant, absolument comme chez l'adulte. C'est la dose de 0 gr. 25 de chlorhydro-sulfate, sel excellent, que l'on peut adopter pour les enfants de deux à dix ans, quitte à augmenter de 0 gr. 05 de deux en deux accès en cas d'inefficacité. On pourrait, si l'on avait à traiter des enfants plus jeunes, se conformer à la méthode que j'emploie pour la quarte : commencer par 0 gr. 05 et augmenter de même quantité de deux en deux accès jusqu'à obtention de la dose efficace. Inutile de dire que l'on doit éviter toute cause débili-

(1) Voir *Progrès médical*, nos 33, 34, 35 et 36.

tante et proscrire rigoureusement les vomitifs et les purgatifs.

M. le Dr Baudin (Besançon). — *Traitement de certaines formes de tuberculose pulmonaire au début par les eaux et les eaux-mères chlorurées sodiques fortes.* C'est le traitement hydrominéral pour la scrofule.

Pourquoi serait-il contre-marqué dans la tuberculose, puisque de tous temps on a admis les liens de parenté les plus étroits entre la scrofule et la tuberculose, puisqu'aujourd'hui leur identité est établie.

Pourquoi admettre que, seul de tous les organes et de tous les tissus, le poumon tuberculeux non seulement n'admet pas, mais contre-indique formellement les eaux salées.

Rien ne justifie, cliniquement, cette prescription. On en trouve seulement l'origine dans la confusion des effets du traitement par le bain salé, chaud, gradué, à la station continentale ou par le bain de mer à la lame sur la plage.

Une expérience personnelle me permet de citer déjà douze cas de tuberculose pulmonaire heureusement traités par le bain salé chaud à l'Établissement de la Meuillère, à Besançon. C'est, en effet, l'excitation causée par ce traitement au début des formes torpides de la phtisie chronique et dans les intervalles nets de ses poussées est une excitation modérée, graduée, salutaire, qui loin d'accentuer les phénomènes de désassimilation s'oppose au contraire aux conséquences de cette désassimilation en régularisant et augmentant l'assimilation, et toutes les catégories de malades (goutteux, scrofuleux, tuberculeux, nerveux, rapproche le tracé-schéma seméiologique spécial à ces affections à caractères souvent contradictoires du tracé-schéma normal.

M. Hip. Baraduc (de Paris). — *La Biométrie et l'Electrothérapie.* — Parmi les appareils enregistreurs à application générale ou locale, destinés aux recherches de la vitalité humaine, il y a place pour un nouvel appareil enregistreur applicable, non à l'électricité recherchée dans les nerfs ou à la surface cutanée du corps, comme les appareils électro-magnétiques de Dubois-Reymond, Tarkaneff, d'Arsonval, mais à la périphérie du corps à distance de lui, c'est-à-dire à la tension vitale. Il s'agit d'une *force autre* définie par d'autres réactifs que ceux de la chaleur et de l'électricité, caractérisée de plus par sa propre signature iconographique, c'est-à-dire sa propre photographie. L'appareil biométrique enregistre ses mouvements à distance, comme la plaque lumière en reçoit les lumineuses vibrations. 120 clichés sont probants à cet égard et exposés en partie dans les livres. (*L'âme humaine, ses mouvements, ses lumières et liemographie de ta force vitale.*) Je m'occupe dans cette communication du côté applicable à la thérapeutique électrothérapique et présente un appareil *mensurateur* de la tension de cette force vitale du *Zoether* en nous. Ce *manomètre* mesure non seulement le degré d'expansion ou de contraction, c'est-à-dire la *tension* de cette force en nous, mais encore la façon dont cette force *est polarisée* dans notre organisme enfin, c'est-à-dire dont elle est équilibrée ou déséquilibrée. La lecture du mouvement de l'aiguille, l'allure de ce mouvement fournit une formule biométrique particulière dont l'interprétation est basée sur des données d'observation, de statistique et d'expérimentation reproduisant la formule en suggérant l'état général de force, de faiblesse ou de névrose. La formule normale est : attraction droite — répulsion gauche. La formule de maladie de neurasthénie est : attraction double; celle de névrose est : attraction et O ; celle d'hypertension est : expansion double, d'où : att = rep ; att/'att; att/O; rep/rep. Dans la formule att = rep *normale*, les applications locales sont possibles; les applications générales non indiquées. Dans la formule att/'att de *neurasthénie* la recherche électrostatique est complètement indiquée. Dans celle de *névrose* att/O, les frictions légères sur le côté négatif rétablissent l'équilibre et changent la formule qui devient att/rep. Cette formule att/rep. et surtout celle d'équilibre att = rep, doit être le but recherché dans la cure des neurasthénies et des névroses. Le Biomètre est donc non seulement un *manomètre* de la force en nous, mais un vrai *sextant* destiné à guider, éclairer, contre-indiquer la pratique électro-thérapique mais encore le choix du procédé électrique, c'est donc un véritable instrument de *contrôle* de l'électrothérapie.

M. Magnol (de Montpellier). — *Sur l'asphyxie locale des extrémités dans l'albuminurie.* — L'auteur communique une observation d'albuminurie dans laquelle le phénomène primordial semble avoir été l'asphyxie des extrémités. Il s'agit d'un jeune homme à antécédents artério-scléreux héréditaires, chez lequel se montra de la cyanose des extrémités sans lésion cardiaque. Deux ans après apparut, à la suite de marches militaires, un œdème notable des jambes et de la face qui le fit admettre à l'hôpital. On trouva dans ses urines une notable quantité d'albumine (0 gr. 50 à 1 gr. en vingt-quatre heures). Le régime lacté, appliqué de suite, fut impuissant à faire disparaître l'albumine. M. Magnol pense que ce signe, analogue au phénomène du doigt mort (Dieulafoy) et d'origine vaso-motrice comme lui, doit être retenu et signalé comme première manifestation du trouble circulatoire dont l'albuminurie peut devenir le résultat. Il croit aussi que cet état particulier des vaisseaux périphériques peut renseigner utilement sur l'état des vaisseaux du rein et par conséquent servir à poser le pronostic des néphrites.

M. Mongour (de Bordeaux).—*Du rôle de la dyspepsie dans la chlorose.* — L'auteur rapporte 29 observations de chlorotiques ; dans tous les cas il a trouvé des troubles dyspeptiques qu'il a catégorisés de la manière suivante : dilatation de l'estomac sans rétention, dilatation de l'estomac avec rétention; dyspepsie flatulente. Tous ces malades ont été traités pour leur dyspepsie à l'exclusion de toute autre médication et quel qu'ait été le moment d'apparition des troubles gastriques par rapport à la chlorose. Tous ont guéri dans un laps de temps qui a varié de 2 à 3 mois. De ces faits, M. Mougour conclut à la fréquence de la dyspepsie dans l'étiologie de la chlorose, et se basant sur les recherches de Marfori, de Schunedeberg, il suppose que les combinaisons albumino-ferrugineuses formées dans l'estomac aux dépens des aliments ne peuvent se produire, d'où il résulte que les pertes quotidiennes de l'organisme, en fer, ne sont pas renouvelées. En outre, ces vices de la digestion déterminent des phénomènes d'auto-intoxication. Dans la plupart des cas, M. Mougour a constaté soit une hypertrophie simultanée du foie et de la rate, soit une hypertrophie isolée de l'un quelconque de ces deux organes. Ces résultats confirment d'ailleurs ceux obtenus par Clément, et publiés au congrès de Lyon (1894). L'urobilinurie, la glycosurie alimentaire ont été constatées dans un grand nombre de cas. De l'ensemble de ces faits, et des résultats cliniques, M. Mougour estime que la théorie de la chlorose par auto-intoxication retentirait sur tout le foie et la rate les deux principaux organes hématopoiétiques. En effet le type de la lésion sanguine de la chlorose peut ainsi se résumer : globules diminués de nombre, imparfaits et débiles, incapables d'atteindre l'état adulte. Or, le foie et la rate sont les deux organes où se produit surtout la destruction des globules rouges (Quincke) : ces derniers sont ensuite transformés en albuminate de fer employé à la formation des globules nouveaux (Hasse).

M. Ducamp (de Montpellier. — *Pleurésie double latente.* — L'auteur rapporte l'observation d'un enfant de 13 ans qui, d'un bon état de santé apparente, mourut subitement. A l'autopsie ordonnée par le parquet, on trouva les deux plèvres droite et gauche occupées par un abondant épanchement séro-fibrineux développé sous l'influence d'une tuberculose pleurale. La pleurésie double latente constitue une rareté. Dans ce cas, la latence était absolue puisque le sujet avait fait quelques heures avant sa mort une longue promenade à pied. L'importance de ces pleurésies est considérable au point de vue médico-légale, car elles entraînent souvent la mort subite et donnent lieu à une information criminelle.

M. Ducamp. — *Hystéro-paludisme.* — L'auteur communique une observation d'hystéro-paludisme montrant que le paludisme imprime à l'hystérie qu'il provoque une allure spéciale ou persistante.

C'est ainsi que, dans le cas rapporté, la symptomatologie rappelait, avec une exagération extrême, le tremblement de la période de frisson de l'accès palustre. La simultanéité de l'élévation thermique et des phénomènes convulsifs se produit d'abord ; mais, lorsque la quinine a raison de la fièvre, les phénomènes convulsifs continuent de se produire, un peu irréguliers dans le moment de leur apparition sans doute

mais se caractérisent par l'exagération des mouvements qui caractérisent le tremblement de la période de frisson de l'accès palustre. Puis, au bout de quelques jours, l'attaque perd son caractère spécial et on n'assiste plus qu'à l'attaque d'hystérie vulgaire, qui est bien faite pour donner la notion de la nature véritablement hystérique des mouvements convulsifs au début. Le paludisme a donc, dans ce cas, modifié pour un temps relativement court, mais d'une façon saisissante, l'hystérie qu'il a provoquée.

Relation de la symphyse cardiaque avec certains anévrysmes du cœur.

M. J. Hobbs (de Bordeaux). — L'existence simultanée d'une symphyse cardiaque avec un anévrysme du cœur plusieurs fois constatée a été attribuée, selon les différents auteurs, tantôt à l'endocarde, tantôt au péricarde, tantôt au myocarde. L'examen d'un cas récent nous fait adopter la théorie myocardique. Il s'agissait d'un vieillard de 82 ans, qui succomba en février 1896 à une bronchopneumonie, sans avoir jamais présenté un signe quelconque du côté du cœur. A l'autopsie, nous trouvâmes un cœur considérable pesant 600 gr. et présentant une symphyse complète sur toute la portion antéro-externe du ventricule gauche. On notait, en outre, au-dessus de la pointe une petite saillie dépressible large comme une pièce de 2 francs. En arrière, quelques adhérences péricardiques lâches. A la coupe, un caillot rougeâtre, déchiqueté, se détachant mal de la paroi d'une cavité peu profonde, large comme une pièce de 5 francs en argent, correspondant à la saillie extérieure. La paroi de cette cavité composée de feuillets fibreux stratifiés mesurait 6 à 7 millim. environ. Les coronaires ont leur paroi infiltré de sels calcinaires : la coronaire gauche à 2 centim. de son origine, est oblitérée par un long caillot mou. Il s'agit donc d'une infection cardiaque produit par l'oblitération de l'artère nourricière. Le myocarde mal nourri a disparu d'où amincissement et anévrysme de la paroi, mais par irritation du voisinage, il s'est produit une symphyse cardiaque. Sur des coupes microscopiques pratiquées au niveau de la paroi amincie de la formation anévrysmale, on trouve cette paroi presque uniquement composée de tissus fibreux, résistant avec des fibres élastiques, quelques néo-vaisseaux et une zone de tissu cellulaire lâche démarquant les deux feuillets péricardiques. A peine trouve-t-on une bande de 5 à 6 millim. d'épaisseur, discontinue des fibres musculaires atrophiées, ayant perdu leur radiation ; mais non infiltrées de graisse. En somme, il y a une symphyse cardiaque complète à ce niveau; le tissu noble ayant été remplacé par une paroi fibreuse qui a joué ici un *véritable rôle de protection et de soutien*, a permis les modifications du volume du cœur et a éloigné la terminaison de l'anévrysme par rupture du cœur.

Après la lecture de la dernière communication, M. le Pr Bernheim, président local, clôt la troisième session du Congrès français de Médecine, en remerciant tous les congressistes de leur dévouement et de leur collaboration, et les organisateurs qui se sont efforcés de rendre utile, facile et agréable le séjour qu'ont fait leurs invités à Moscou.

A ces remerciements, nous devons personnellement joindre les nôtres, et tout particulièrement exprimer notre gratitude à M. le Pr Simon, M. le Pr agrégé Etienne, MM. les secrétaires Hry, Aimé, Gross, Spillmann, Bernheim, Bénédic, Lefèvre, pour leur amabilité et leur complaisance à nous faciliter notre tâche.

Excursions du Congrès de Médecine.

Ainsi qu'il était annoncé au programme, les membres du Congrès de Médecine, au nombre de 160 environ, accompagnés de quelques dames, ont consacré la journée du dimanche, 9 août à l'excursion aux stations de Contrexéville et de Vittel. Les sociétés de ces deux villes d'eau avaient pris gracieusement à leur charge tous les frais de cette promenade, voyage et banquets.

Contrexéville.

Pour Contrexéville, un train spécial de première classe attendait donc les Congressistes à la gare de Nancy, vers 9 heures du matin, et les déposait à 11 heures à Contrexéville, où ils étaient reçus, aux accents de la musique locale, par M. Montrat, directeur des établissements de la source du Pavillon et par la municipalité. En l'honneur de notre visite, la petite ville avait pris un air de fête, les maisons étaient pavoisées et la cour d'honneur de l'établissement ainsi que ses principaux bâtiments étaient décorés de drapeaux tricolores. Après avoir salué, comme il convenait, la source du Pavillon, qui nous valait notre invitation, nous avons pris place à la table du banquet installé dans la salle du théâtre. L'orchestre, placé sur la scène et dissimulé derrière un voile de feuillage, exécute la Marseillaise, qui est écoutée religieusement debout. Puis se succédèrent les divers numéros du menu, nombreux et variés, aux sons d'une musique eupeptique.

A l'instant des toast, M. Lefèvre, vice-président du Conseil d'Administration, a présenté ses souhaits de bienvenue aux membres du Congrès et les a remerciés d'avoir accepté, en si grand nombre, l'invitation de la Société. M. Debout-d'Estrées a fait ensuite une courte et intéressante conférence sur les propriétés des eaux de l'établissement. M. le Pr Pitres, président du Congrès, a remercié en termes éloquents la Société de sa réception somptueuse. D'autres toasts ont été portés ensuite par M. Thiéry, maire de Contrexéville, M. Crocq (de Bruxelles), M. Stœber (de Nancy). M. Maquant a déclamé des vers patriotiques.

Cependant l'orchestre exécutait les hymnes nationaux belge, anglais, espagnol et russe, en l'honneur des membres étrangers prenant part au Congrès.

Nous sommes enfin sortis de table, pour nous grouper devant un appareil photographique. La société a promis d'envoyer une épreuve à chacun des congressistes.

Après une promenade dans le parc, très animé et très gai sous le soleil, tout le monde a repris, vers trois heures et demie, le chemin de la gare.

Vittel.

C'est un spectacle inoubliable que celui de cette entrée à Vittel, avec en tête la musique exécutant ses marches les plus entraînantes, derrière laquelle M. Pitres dressait sa haute et présidentielle silhouette, entre M. le Maire et M. l'adjoint, ceinturés de leur écharpe tricolore, tandis que tout le Congrès suivait en marchant au pas, à travers deux rangées de curieux. Conduits dans ce cortège triomphal jusqu'au Casino, nous y avons entendu avec un vif plaisir l'intéressante conférence faite par M. le Dr Bouloumié sur les vertus curatives des eaux de Vittel. Puis les Congressistes se sont dispersés dans le parc et ont visité les diverses parties de l'établissement, jusqu'à l'heure du dîner. Banquet servi dans la salle de spectacle, avec intermède de l'orchestre, placé sur la scène.

De nouveau, l'heure des toasts a sonné. M. Patezon, doyen des médecins de l'établissement, boit à la santé des membres du Congrès. M. Bouloumié, directeur, fait un court historique de la création et du développement de la Société des eaux de Vittel. M. Pitres remercie la Société et le Corps médical de leur chaleureuse, cordiale et inoubliable réception. A l'issue du banquet, en débouchant sous le péristyle du Casino, un spectacle féerique s'offrit à nos yeux. L'immense parc était illuminé d'une infinité de verres de couleurs et de lanternes vénitiennes, indiquant les contours sinueux des allées, constellant de feux variés les massifs et les bosquets, tandis qu'au fond de l'allée centrale s'épanouissait une immense étoile d'or.

Alors la musique s'est mise en marche pour faire, à travers les allées du parc, une retraite aux flambeaux; puis, prenant le chemin de la gare, elle a reconduit les Congressistes dans le même cortège triomphal à travers la ville illuminée.

On était de retour à Nancy à minuit.

Plombières.

C'est le mercredi 12 août que nous avons fait l'excursion de Plombières, également offerte gracieusement d'un bout à l'autre par la Société thermale. A notre arrivée, à deux heures du soir, nous avons été accueillis par la municipalité, le corps médical et la pluie.

M. le Dr Liétard a fait une courte et intéressante conférence, puis les membres du Congrès ont visité les nombreux établissements de bains, les étuves, les salles d'inhalation, les appareils d'hydrothérapie.

La pluie a cessé et chacun s'en est allé faire sa petite promenade, les uns à travers la ville, les autres dans les environs et particulièrement dans ce site charmant qu'on nomme la Feuillée-Dorothée.

A sept heures du soir, banquet. Au champagne, nombreux toasts de souhaits et de remerciements. C'est aussi l'heure suprême du Congrès de Médecine, et ce n'est pas sans émotion que son président, M. Pitres, prend la parole : « Je vous remercie tous, messieurs, à l'instant où mes fonctions vont finir, de votre collaboration et de votre dévouement qui ont tant contribué à me faciliter ma tâche, messieurs les organisateurs du Congrès, messieurs les rapporteurs et auteurs de communications, enfin messieurs les membres de la Presse, qui nous rendent de si grands services. » Ce mot final, à notre adresse, nous touche profondément. Nous n'y ajoutons rien.

HARTENBERGER et J. NOIR.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE.

SESSION DE GENÈVE (24-28 *Août* 1896) (*fin*) (1).

Séance du Vendredi 28 *Août* (matin).

La séance de vendredi matin présentait, à ses débuts, l'image assez exacte de la situation atmosphérique extérieure : il faisait sombre, très sombre, et on s'attendait à un orage. Mais la perspective d'une excursion au Salève, par une pluie battante, a, chose étrange, rasséréné les fronts les plus obstinément rembrunis et, pour finir, on a pu enregistrer, non pas un armistice, mais la cessation complète des hostilités.

M. le sénateur Ivan ZAKREWSKI était président d'honneur, et, en ouvrant la séance, avait commencé par répéter une recommandation, déjà faite par lui la veille, ayant trait au « calme » qui devrait présider aux délibérations.

M. le Pr FERRI a répliqué avec son esprit et sa courtoisie, de manière à désarmer les plus acharnés adversaires de sa théorie.

Cette théorie, elle a été reprise et soutenue avec une incomparable autorité par M. LOMBROSO sur ce sujet : *Le traitement du criminel d'occasion et du criminel-né, selon les âges, les types,* etc. Le savant professeur de Turin a développé son idée en peu de mots :

Il y a des criminels-nés qui résistent à tous les soins, pour lesquels tous les changements dans le milieu ambiant sont inutiles. Cependant, puisqu'il est donné que ce sont des épileptiques et des alcooliques héréditaires, on peut essayer de les soigner soit par la trépanation cranienne dans l'épilepsie traumatique, par le traitement de Flechsig, le cuivre, la belladone dans les épilepsies bien avérées, par la suggestion hypnotique dans la première jeunesse, ou dans les autres cas en cherchant à canaliser les penchants criminels dans des routes propres à ces organismes. Mais ce sont des essais individuels. C'est seulement chez les « criminaloïdes » qu'on peut pratiquer une cure sur une grande échelle. Un des meilleurs moyens préventifs pour les criminels-nés et surtout pour les criminaloïdes est certainement ce qui se nomme le *nourrissage moral,* c'est-à-dire l'élevage commençant dans les premiers mois de la vie, à la campagne, dans les fermes, dans les colonies, en dehors de la possibilité des associations criminelles, les facilités d'émigration des pays contenant une population trop dense dans les pays moins peuplés, la séquestration dans des maisons spéciales des jeunes criminels persistant dans leurs mauvais penchants, afin d'éviter le contact de ces individus avec les jeunes gens honnêtes, le combat préventif contre l'alcoolisme, par tous les moyens, et même les associations religieuses et politiques, les sociétés de tempérance, journaux, brochures, etc., le tout associé au traitement médical. Pour ce qui est des peines, on doit les varier selon l'âge, le sexe et l'espèce des criminels, en ayant surtout sous les yeux le dédommagement des victimes et l'amélioration des criminels par le travail, car la prison, telle qu'elle existe actuellement, coûte aux honnêtes gens sans améliorer les criminels. Les travaux aux mines, aux colonies, les amendes, le *probation system* doivent être pris en considération plus que la prison, dont on doit exclure complètement les criminels par passion et les criminels politiques pour lesquels l'exil est déjà trop.

M. LEJEUNE, Ministre d'Etat et sénateur du royaume de Belgique, a prononcé à ce propos des paroles pleines de bon sens et de conciliation, estimant que même ceux qui sont convaincus de l'absolutisme des théories sur le criminel-né, peuvent reconnaître les côtés utiles de l'anthropologie criminelle.

M. FERRI, revenant sur la déclaration de M. l'abbé de Baels, qui a fait profession de foi religieuse, a revendiqué pour lui le droit de se dire athée, heureux de constater qu'il y cependant moyen de s'entendre sur le terrain de la science. Il explique son exhubérance par sa jeunesse, et son enthousiasme par la reconnaissance filiale qu'il doit à M. Lombroso, son père intellectuel. Dans sa pensée, il n'y avait aucun sentiment personnel, et, s'il réclame la tolérance envers les personnes, il se déclare cependant intransigeant dans le domaine de l'idée, qui est impersonnel.

M. LOMBROSO a voulu à son tour faire une confession de ses péchés ; il n'est point le tigre que l'on a dit, mais un lapin, ce qui ne l'empêche pas de persister plus fort que jamais dans sa théorie, allant jusqu'à dire qu'on trouverait des criminels-nés même parmi ses collègues, les professeurs.

M. Isidore MAUS, chef de bureau au Ministère de la Justice à Bruxelles, a développé son rapport sur la dixième question du Congrès de Bruxelles : « *Quelles sont les mesures propres à faire reconnaître la personnalité physiologique, psychologique et morale du prévenu, qui permettraient aux magistrats et aux avocats d'apprécier l'opportunité d'une expertise médicale.* »

M. Maus explique que la détermination de la personnalité du délinquant au point de vue des mesures à prendre à son égard, est une des applications pratiques les plus fécondes de l'anthropologie criminelle. Celle-ci se doit à elle-même et à la grandeur de la mission qu'elle s'est donnée, d'éclairer la justice répressive et de la mettre à même d'exercer son ministère conformément aux données de la science et aux besoins du sujet. Or, la première condition pour traiter le délinquant suivant les exigences de son état, c'est de bien connaître celui-ci. La connaissance par les tribunaux de la personnalité du prévenu, est donc, à la base des applications pratiques de l'anthropologie criminelle. Conclusions : l'enquête sur la personnalité morale et sociale de l'inculpé, sur ses antécédents, sur son milieu, complétée, au besoin, par l'examen médical et des recherches sur l'hérédité, enfin et surtout la décentralisation de la justice : telles sont les mesures qui paraissent pratiquement les plus utiles pour éclairer le juge sur l'état du sujet et ainsi préparer une répression subjective, c'est-à-dire plus juste et plus efficace. Mais pour que cette répression subjective soit réalisée, une seconde condition est nécessaire. Quand les tribunaux seront convaincus de la nécessité de juger l'homme, au lieu de juger le délit, quand ils seront mis à même de connaître et de comprendre la personnalité des délinquants, par les moyens indiqués ci-dessus, — il faudra encore qu'ils trouvent dans la législation répressive les mesures appropriées à l'état de chacun. Le régime des peines devrait donc lui aussi, être réformé dans le sens d'une répression moins abstraite, plus personnelle, plus humaine. M. Maus, s'aidant des annexes de son travail a indiqué sommairement la procédure suivie par le Cercle d'études du Jeune barreau de Bruxelles, qui s'occupe de faire des recherches officieuses sur les inculpés avant leur comparution en justice. Il existe en outre, à Bruxelles, une institution dont le but est excellent : le Comié de défense des enfants traduits en justice.

M. le Dr P. NAECKE (de Leipzig) a présenté au Congrès des *considérations générales sur la psychiatrie criminelle.* M. Naecke est un adversaire des théories de M. Lombroso et de l'école italienne. Il croit qu'il n'y a pas de type criminel, pas de criminel-né, encore moins une parenté du crime avec l'atavisme et l'épilepsie. Ses conclusions sont : 1° que le médecin de la prison doit être un aliéniste consommé ; 2° que la majorité des récidivistes ne se compose pas de malades, mais d'individus responsables et que, par conséquent, il faut punir.

M. van HAMEL (Amsterdam) a félicité M. Maus, et dans sa personne les jeunes membres du barreau de Bruxelles pour le travail excellent accompli. Il a lui-même fondé à Amsterdam une société, qui combine la recherche scientifique avec le patronage et la défense. Il réclame aussi une meilleure application de la justice et préconise l'instruction contradictoire ou publique, telle qu'elle se fait en Angleterre. On aura beau être un juge consciencieux ; on sera toujours, au moment de l'application de la peine, tourmenté par l'idée de la responsabilité pénale.

M. de GROOTE (de Gand) s'est exprimé à peu près dans ce même sens, en se montrant surtout favorable à la décentralisation de la justice.

(1) Voir *Progrès médical,* n° 36.

M. Dallemagne (de Bruxelles) s'est félicité de la tournure qu'a prise la séance de ce matin, et de la réconciliation survenue entre MM. Zakrewski, d'une part, Ferri et Lombroso de l'autre. Cette entente, sur le terrain personnel, est d'un précieux augure pour les Congrès à venir. En ce qui le concerne, il abandonne volontiers l'absolutisme de ses convictions.

Enfin M. le Dr Lombroso, ne voulant pas rester en arrière de son brillant élève Ferri, cherche dans la salle M. Näcke (d'Allemagne), qui avait si vigoureusement combattu ses théories de la veille. M. Näcke étant déjà parti, il apprendra les excellentes dispositions de M. Lombroso par les comptes rendus des travaux du Congrès.

M. Ferraz de Macedo (de Lisbonne) a fait quelques observations concernant la *mensuration de crânes dans les prisons et asiles d'aliénés.*

M. Bertillon, chef du service de l'identité judiciaire à Paris, a donné d'intéressants renseignements sur son *système d'Anthropométrie*, qui est appliqué à la préfecture de police depuis 1882. L'application en France de la méthode anthropométrique a amené une diminution considérable dans le chiffre des arrestations de pick-pockets internationaux. Sûrs désormais d'être reconnus à chacune de leurs arrestations et condamnés en conséquence, ces malfaiteurs ont préféré transporter dans d'autres pays moins bien armés contre eux l'exercice de leurs talents. Il est à craindre malheureusement que la disparition, presque totale en France, de cette catégorie de récidivistes, ne soit que momentanée. L'anthropométrie se répand, en effet, de plus en plus parmi les diverses nations du monde civilisé, qui pour la plupart ont adopté sans modifications le système tel qu'il fonctionne à Paris.

M. Dimitri Brill (de Saint-Pétersbourg) a fait une communication sur les *fondements et le but de la responsabilité pénale.* M. Brill est partisan de la théorie déterministe qui assimile le crime à une maladie, et ne voit dans la répression qu'une mesure de défense sociale.

M. le Dr Edgar Bérillon (de Paris) a étudié les *suggestions criminelles au point de vue des faux témoignages.* De ses expériences il résulte que des individus suggestibles peuvent, sans être hypnotisés, par simple affirmation à l'état de veille, subir les hallucinations rétroactives et commettre de bonne foi le crime de faux témoignage. Une pareille constatation est extrêmement grave, puisque les témoignages constituent les bases de notre instruction judiciaire. Le Congrès, sur la proposition du Dr Bérillon, a adopté le vœu suivant :

Le Congrès d'Anthropologie criminelle de Genève, pour éviter les abus maintes fois signalés, et en particulier les faux témoignages suggérés qui peuvent résulter de pressions morales exercées, dans le cours des instructions judiciaires, sur des personnes douées d'une grande suggestibilité, émet le vœu que l'instruction secrète soit remplacée dans toutes les législations par une instruction contradictoire.

M. le Pr Benedikt (de Vienne), dans un rapport sur les relations de la *Moral insanity avec la criminologie*, a corrigé ce qu'il y aurait de trop absolu dans la thèse déterministe. Voici ses conclusions : 1° La corruption morale (folie morale) congénitale ou acquise n'exclut pas la responsabilité criminelle. 2° Il n'y a pas de responsabilité seulement quand les actes criminels et vicieux sont commis dans un état réel de folie dans le sens clinique, par exemple, dans l'état de manie, de paranoïa, d'idiotie et des délires quelconques. 3° La combinaison de corruption morale — active ou passive — avec faiblesse d'intelligence (Schwachsinn) congénitale n'exclut pas la responsabilité criminelle, puisque des individus avec une faible intelligence congénitale peuvent être aussi bien *homines nobiles*, que fous moraux. 4° Seules les « obsessions » qui apparaissent subitement d'une manière inexplicable par suite d'états physiologiques peuvent disculper. Les obsessions, qui sont des éléments du caractère des individus criminels et qui mènent aux actes destinés à assurer l'existence économique ou sociale de l'individu, ne justifient pas la faveur d'irresponsabilité. Il est nécessaire d'y insister, parce que, dans la psychologie du « voleur habituel » l'obsession joue un rôle souverain.

M. le Pr Gilbert Ballet (de Paris) traite des *plaideurs incorrigibles* qu'il appelle des *persécutés processifs.* Au début de son étude il cite la comédie de Racine et ne cache pas que, s'il rencontrait la comtesse de Pimbêche, il l'enverrait à la douche. Les *persécutés processifs* sont des dégénérés; on trouve chez eux tous les traits constitutifs de la dégénérescence : 1° Les *causes :* hérédité pathologique lourde, ou maladie de la grossesse, ou affections cérébrales infantiles; 2° les stigmates *physiques* : particulièrement les malformations du crâne, de la voûte palatine, des oreilles, etc.; 3° les stigmates *psychiques :* c'est-à-dire, indépendamment de l'inégal développement des facultés signalé plus haut, la tendance aux obsessions, avec impulsions variées, aux idées de suicide, mégalomaniaques ou hypochondriaques, aux perversions du sens génital, etc. En certains cas, ils se laissent aller à commettre des actes violents ; on cite l'un d'entre eux qui assassina un magistrat récalcitrant à ses réclamations. Aussi, dit M. Gilbert Ballet, le médecin chargé d'une expertise légale doit-il prendre avec ces individus les plus grandes précautions, d'autant plus plus qu'ils ne présentent pas les symptômes vulgaires de la folie; bien que fous, ils persuaderont aisément au public qu'ils sont sains d'esprit. Le mieux, pour l'expert, est de mettre en relief les tares héréditaires et les stigmates physiques du « processif ».

M. Xavier Francotte (de Liège) a étudié le *somnambulisme alcoolique au point de vue médico-légal.* Voici ses conclusions : 1° Il existe un somnambulisme alcoolique, c'est-à-dire un état provoqué par l'alcool, dans lequel le sujet agit d'une façon apparemment normale, mais sans en avoir conscience ou, du moins, sans en garder le souvenir ; 2° en réalité, dans l'état somnambulique, la conduite, la manière d'être, présentent certaines anomalies; seulement, ces anomalies échappent facilement à une observation superficielle; 3° cet état paraît ne se présenter que chez des dégénérés ou, du moins, chez des individus à antécédents psychopatiques héréditaires; 4° les actes commis dans l'état de somnambulisme alcoolique doivent bénéficier de l'irresponsabilité, à moins, naturellement, qu'il ne s'agisse d'une ivresse voulue, préméditée.

M. Francis Galton, ancien président de l'Institut anthropologique de Londres, est l'inventeur d'une branche de l'Anthropométrie criminelle, sur laquelle il a donné au Congrès force détails techniques, et qui consiste à prendre l'*empreinte des doigts des délinquants.* Les lignes qui sillonnent la peau des doigts, avec leurs « bifurcations, îles et enclos », constituent parait-il, d'infaillibles signes de reconnaissance. Mais pourquoi M. Francis Galton se limite-t-il aux doigts?

M. le Dr Jean Malarewski, directeur de l'Institut médico-pédagogique de Saint-Pétersbourg, a insisté sur la *nécessité de créer des colonies scolaires agricoles pour l'éducation des enfants prédisposés à la dégénérescence.*

Séance du 28 Août (soir).

Le Congrès d'Anthropologie criminelle a tenu à l'Aula sa neuvième et dernière séance ordinaire, sous la présidence d'abord de M. le Dr Ladame, puis de M. le Pr Alfred Gautier (de Genève), qui a occupe le fauteuil en l'absence de M. Pedro de Franjo. Mme Tarnowsky, docteur en médecine à Saint-Pétersbourg, a fait deux communications : 1° *sur la morphologie d'une catégorie spéciale de femmes adonnées au vice*, travail préparé par M. Jullien (de Paris); 2° *sur la force musculaire et le poids du corps des soldats subissant la détention cellulaire*, pour le compte de M. Friedmann (de Saint-Pétersbourg). M. L. Frigerio, directeur du pénitencier d'Alexandrie, a fait une communication sur un nouveau caractère de *dégénérescence des criminels*, et M. Dalifol (de Paris), sur *l'application, au Japon, du système pénitentiaire suisse.*

Mais c'étaient là des hors-d'œuvre. La lutte entre l'école italienne, si brillamment représentée au Congrès, et les autres tendances s'est de nouveau manifestée et s'est poursuivie jusqu'à midi, à l'occasion de la présentation, par M. le Dr Rivière, secrétaire général de la Société générale des prisons, à Paris, d'un très important travail de M. le major Arthur Griffiths, inspecteur des prisons de sa Magesté, à Londres. Cet ouvrage ayant pour titre : *Le traitement pratique de la récidive* a amené successivement à la tribune MM. Lombroso, Rivière, Van Hamel, Gauthier et Ferri. Les théories sur l'application de la peine, sur le régime cellulaire, sur la libération conditionnelle, ont été tour à tour attaquées et défendues, mais la

palme de l'éloquence, de la conviction et de la générosité, revient incontestablement à M. Ferri, le plus brillant élève de Lombroso.

Excursion. — Le 28 août, à 11 h. 1/2, les congressistes ont pris à Rive, le chemin de fer de Veyrier pour une excursion au Salève. Le temps, presque constamment mauvais, n'a pas empêché la gaîté de régner aux Treize-Arbres.

Banquet. — Un banquet a cloturé les travaux du Congrès. Toasts nombreux, et chaleureux applaudissements.

Etats représentés. — Allemagne, Angleterre, Autriche-Hongrie, Belgique, Canada, Danemark, Espagne, Etats-Unis, Hollande, Italie, Luxembourg, Norvège, Portugal, République Argentine, Roumanie, Russie, Suède, Suisse, Brésil, Japon.

Remarques. — Si ce quatrième Congrès d'anthropologie criminelle n'a pas mis au jour une nouvelle théorie générale, du moins a-t-il agité nombre de questions intéressantes et a-t-il proposé des vues pratiques aux magistrats et aux gouvernements; il est permis de croire qu'il n'aura pas été complètement inutile.

Chose étrange, le gouvernement français, bien qu'officiellement invité par le gouvernement helvétique à se faire représenter au Congrès international de Genève (comme tous les autres pays dont ci-dessous la liste), a complètement oublié de le faire. J'en suis sûr, j'ai vu la copie de l'invitation envoyée et le bureau en a publiquement exprimé son étonnement, ainsi que M. Lachanal, président de la Confédération. Cet incident, joint à l'abstention de la plupart des médecins français qu'on pouvait s'attendre à voir figurer là en bonne place avec des magistrats comme Tarde et d'autres qui se sont également abstenus, cet incident, dis-je, explique comment Paris, qu'il était entendu qu'on choisirait en 1900 pour siège du Congrès prochain, a été remplacé par Amsterdam en 1901 (1). A. MARIE.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.

SESSION DE GENÈVE (18 *Septembre* 1896).

Indications de la castration abdominale totale dans le traitement de certains cas de suppurations pelviennes.

M. Henry DELAGÉNIÈRE (du Mans). — Il est des cas de suppurations pelviennes pour lesquels les interventions classiques, la colpotomie, l'hystérectomie vaginale, la laparotomie suivie de l'ablation des poches, sont notoirement insuffisantes. Les unes peuvent laisser intactes des poches suppurées si celles-ci sont haut situées ou très nombreuses, d'où échec thérapeutique. L'autre expose à laisser en place un utérus malade. Pour les cas où ces méthodes de traitement paraissent devoir échouer, j'ai recours à la castration abdominale totale. Je considère donc cette opération comme une opération d'exception, une méthode complémentaire des trois autres. Je la pratique parfois *de propos délibéré*, par exemple lorsque l'utérus est atteint de métrite intense avec périmétrite, et qu'il existe des poches suppurées très élevées, qui ne me paraissent pas en rapport avec l'organe lorsque l'utérus contient des fibromes qui en augmentent le volume; en un mot, quand à l'indication formelle de supprimer la matrice se joint une contre-indication de la méthode vaginale. La plupart du temps la castration abdominale totale n'est que le complément de la laparotomie. Je choisis la voie abdominale toutes les fois qu'il y a quelque incertitude dans le diagnostic; quand l'utilité de l'ablation de l'utérus est douteuse, enfin quand l'opération faite par le vagin présente quelque difficulté particulière. Lorsque le ventre est ouvert dans les conditions sus-énoncées, on peut se trouver en présence d'un utérus qui doit être enlevé. Si par exemple, après la décortication des poches il est saignant, dépouillé de son péritoine, s'il est en rétroversion adhérente, si les ligaments larges sont infiltrés, si enfin l'utérus lui-même est le siège d'un néoplasme. Restreinte à ces proportions, la castration abdominale totale est une opération rarement indiquée, mais elle nous paraît remplir une lacune importante dans le traitement des suppurations pelviennes, non seulement au point de vue anatomo-pathologique mais aussi et surtout au point de vue des résultats définitifs. Resterait la question de la gravité de l'opération. Je ne peux pas me prononcer sur ce point particulier, n'ayant fait l'opération que dix fois seulement. Cette série de dix cas m'a donné deux morts, ce qui serait excessif s'il s'agissait de cas simples et bénins. Mais ce que j'ai dit des indications de l'opération, démontre qu'elle ne relève que des cas particulièrement graves, cas pour lesquels les autres méthodes sont aussi meurtrières. Quant à la question des résultats définitifs, la castration abdominale totale donne des résultats incomparables tels que je n'en ai jamais observé avec les autres méthodes; la guérison est rapide et radicale; elle l'a été du moins chez les huit malades qui ont guéri. Jamais elles n'ont présenté ni douleurs abdominales, ni constipation opiniâtre, ni ballonnement du ventre, etc. La plaie cicatrisée, la guérison a été complète et s'est maintenue parfaite. Ce sont ces résultats définitifs qui m'ont paru surtout importants et c'est sur eux que je désire surtout attirer l'attention du Congrès. Je n'ai donc pas la prétention de proposer la castration abdominale totale comme méthode exclusive ainsi qu'ont eu la tendance de le faire les promoteurs de la méthode Polk, Krug, Baldy, Brown, etc., mais j'ai la conviction profonde que c'est une méthode excellente, appelée à rendre de grands services dans les cas déterminés ci-dessus.

Hystérectomie abdominale totale pour fibro-myomes. Troisième série de dix nouveaux cas (1).

M. Henry DELAGÉNIÈRE (du Mans). — Cette troisième série de dix nouveaux cas d'hystérectomies abdominales totales pour fibro-myomes de l'utérus me paraît intéressante surtout au point de vue des modifications que j'ai apportées à la technique opératoire. Ces modifications ont porté sur trois points principaux.

1° *Préparation de la malade.* — Elle se réduit à la désinfection aussi complète que possible du vagin et du col de l'utérus. Dans ce but, la malade suivra chaque fois que cela sera possible, un *traitement préparatoire* (injections antiseptiques, pansements antiseptiques, etc.) pendant un certain temps avant l'opération. Au moment de l'opération, le vagin et le col utérin devront être traités comme le champ opératoire lui-même (écouvillonnage du col avec des mèches de gaz iodoformée, nettoyage du col et du vagin avec de l'alcool sublimé au centième, puis avec solution de sublimé au centième, enfin tamponnement lâche avec gaze iodoformé).

2° *Hémostase.* — L'hémostase provisoire ne présente rien de particulier. La masse est enlevée comme une tumeur, et des pinces sont placées sur tout ce qui saigne.

L'hémostase définitive est plus compliquée. Je fais quatre pédicules pour ces quatres sources artérielles principales. Pour l'artère utérine, je passe dans la paroi latérale du vagin, parallèlement à la section circulaire, une anse de grosse soie. Toutes les pinces placées sur l'utérine et ses branches sont renversées vers l'axe du bassin afin de permettre de nouer les chefs du fil en dehors des pinces. Le nœud est fait, puis vigoureusement serré. Il en résulte un pédicule latéral accolé au vagin. Pour l'utéro-ovarienne, un fil à boucle passé est placé sous la pince champ et le pédicule est fait horizontalement à la hauteur du rebord de la colerette, absolument comme pour une oblation d'annexes. L'hémostase de la tranche vaginale est obtenue au moyen de trois anses de fil placées en avant et en arrière et destinées à relier la tranche vaginale au bord de la collerette. Enfin, comme dernière précaution, la collerette est suturée, séreuse contre séreuse, au moyen d'un surjet isolant complètement le champ opératoire de la cavité péritonéale. Cette suture de la collerette présente encore cet avantage considérable de constituer une barrière efficace à l'infection pouvant venir du vagin. Le drainage est une précaution utile et sans inconvénient; je préfère l'emploi des tubes de caoutchouc.

3° *Soins consécutifs.* — Ne jamais laisser en place le drain

(1) Nous insistons tout particulièrement sur cette pénible constatation de notre dévoué collaborateur. Le même fait vient de se reproduire à un autre Congrès scientifique, auquel nous avons assisté ces jours derniers. Le ministère Méline donne le bon exemple: l'Agriculture a évidemment besoin d'être plus protégée que la Science!! (M. B.)

(1) Voir technique *in extenso*; in *Arch. prov. de Chir.*, 1895, t. IV, n° 8, p. 493-519.

plus de quarante-huit heures, surveiller le drainage de la plaie sous-péritonéale par le vagin (tamponnement vaginal renouvelé fréquemment, puis injections antiseptiques). Au point de vue des résultats, cette troisième série porte à 30 le nombre de mes opérations avec 28 guérisons et 2 morts.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er septembre 1896. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

La variole à Marseille.

M. le Dr FLAISSIÈRES, maire de Marseille, a adressé à l'Académie une lettre affirmant que rien n'a été négligé pour lutter contre la variole dans cette ville et que l'épidémie peut être regardée comme absolument éteinte. Les vaccinations faites par le service gratuit de vaccin de génisse se sont élevées en trois mois à 51.424. Si elles ont été dans les derniers mois moins nombreuses, c'est que la variole a cessé.

M. HERVIEUX, en réponse à cette lettre, insiste sur le fait incontestable que Marseille est une des villes où la variole règne à l'état endémique. Il suffit de rappeler les statistiques pour rendre le fait évident. La mortalité variolique de Marseille de 1872 à 1896 a été la suivante :

1872	125	1873	14	1874	291
1875	156	1876	24	1877	76
1878	534	1879	509	1880	575
1881	77	1882	150	1883	138
1884	55	1885	329	1886	2052
1887	59	1888	124	1889	199
1890	548	1891	426	1892	50
1893	79	1894	144	1895	738

1896 (1er trimestre) 358.

Sans doute la population flottante de Marseille rend l'application des mesures sanitaires difficile; la grande quantité d'émigrants italiens (100.000 environ), qui vivent entassés dans les logements exigus, se prête mal à l'exécution des règlements du service d'hygiène. Cependant il ne semble pas que toutes les mesures hygiéniques indiquées en pareil cas aient été prises. Si la vaccination gratuite a été établie dès 1886, elle a donné des résultats insuffisants et ce n'est qu'en novembre 1895 qu'a été créé un service gratuit de vaccine animale. Cette situation présente une telle importance au point de vue de la contamination des autres villes de France et des nombreux pays en relation avec Marseille, qu'on ne saurait trop insister pour continuer la lutte avec énergie et pour arriver, par des mesures prophylactiques sévères, à éteindre définitivement ce foyer varioleux.

Au début de la séance, M. CADET DE GASSICOURT a donné lecture du discours prononcé par M. BERGERON sur la tombe de M. LAGNEAU, le regretté membre de l'Académie.

A.-F. PLICQUE.

VARIA

L'Assistance publique de Paris : son Budget.

Les dépenses de l'Assistance publique sont divisées en six sections. Le personnel administratif coûte plus de 2 millions. C'est, comme on le voit, environ le vingtième de la dépense totale. Le personnel des sous-employés et serviteurs, c'est-à-dire le personnel attaché au service des malades et des administrés, occasionne une dépense égale. Le personnel medical coûte plus de 1 million, la boucherie plus de 4 millions, la boulangerie 1 million 1/2, la cave à peu près autant, les comestibles de toute autre nature, c'est-à-dire poissons, légumes, beurre, épices, etc., plus de 3 millions 1/2; le chauffage et l'éclairage plus de 2 millions 1/2, la pharmacie 1,300,000 francs, le personnel médical 1,100,000 francs la réparation des bâtiments 1 [illegible]00,[illegible]00 francs, le blanchissage 1 million, l'achat des matières relatives au linge, au coucher et à l'habillement, aux objets de pansement, aux instruments de chirurgie absorbe une somme de 2,300,000 francs, la dépense afférente au service des secours dépasse 10 millions 1/2 ; enfin l'ensemble des sommes qu'absorbent les fondations pour leur entretien represente une somme de 2 millions. Tels sont les gros mangeurs de l'Assistance publique.

Sages-femmes et Maladies épidémiques.

La 11e chambre correctionnelle, présidée par M. Tassard, a été saisie d'une question assez intéressante. Il s'agissait de savoir si l'article 21 de la loi du 30 novembre 1892 est applicable aux sages-femmes. On sait qu'aux termes de l'article 15 de cette loi tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des maladies épidémiques tombées sous son observation, et dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel. Or, l'article 21, qui sanctionne cette obligation, ne parle que du docteur en médecine ou de l'officier de santé. On peut donc se demander si la sanction, qui consiste dans une amende de 50 à 200 francs, est applicable aux sages-femmes.

Le jugement, sans trancher directement la question, semble reconnaître implicitement que les sages-femmes sont soumises, comme les médecins, à cette pénalité. Dans l'espèce, en effet, il a écarté l'application de l'article 21, à raison des circonstances particulières de fait qui se rencontraient dans la cause.

La Maison de Bichat.

Le bourg de Thoirette, pays natal de Bichat, se compose aujourd'hui de deux parties; Thoirette-le-Port, de création relativement récente et Thoirette-en-Haut ou Thoirette-le-Vieux, qui existait seul à la naissance de Bichat.

Il y avait à craindre que la mémoire de Bichat n'eût laissé aucun souvenir dans le pays : il n'en est heureusement rien et nos craintes sont vaines : le nom de Bichat est très connu dans ces montagnes et Thoirette est toujours très fière de son glorieux enfant. Nous prenons une rue à pente très rapide et la dernière maison du village est précisément celle qui est l'objet de notre pèlerinage. C'est une habitation bien pauvre et d'aspect peut-être encore plus misérable que les autres. Au-dessus de la modeste porte d'entrée, une plaque en marbre noir très commun, porte l'inscription suivante :

ICI
Naquit Bichat
Le XII novembre MDCCLXXI.
Société d'Emulation du Jura, 1833.

La maison, bâtie sur un terrain fortement en pente et à un seul étage, basse déjà du côté inférieur du terrain, est à peine à hauteur d'homme de l'autre côté; elle porte à la partie supérieure les traces d'une réparation récente faite par le propriétaire.

Sans doute, la Science a fait de grands progrès depuis le commencement de ce siècle et la métaphysique des causes perd de plus en plus du terrain, mais faut-il blâmer ce grand esprit d'avoir défendu de nobles illusions? Et nous pensons aussi à cette vie si courte, si bien remplie, à ce jeune homme impitoyablement fauché en pleine gloire et ravi en quelques jours à l'affection des siens, à la reconnaissance de ses compatriotes et à l'admiration de ses élèves et de ses amis.

(*Rev. scient.*).

Les champignons vénéneux en septembre 1896.

De tous cotés on signale des accidents mortels causés par les champignons vénéneux. A la Talaudière, près de Saint Etienne, deux enfants ont succombé. Un nommé Ch... a été transporté à l'hôpital; son état est désespéré. A Saint-Chamond, une ménagère est morte après trois jours de vives souffrances. A Lyon, deux habitants de Montplaisir, sont dans un état très grave. A Valence, la femme d'un restaurateur, chez lequel plusieurs cas d'empoisonnement se sont produits, vient de mourir. Dans les environs de Valence, à Montmeyral, un cultivateur, sa femme et un de ses ouvriers, ont échappé à la mort grâce à une crise de vomissements; mais on n'a pu sauver un garçon de treize ans, qui avait partagé leur repas. On écrit de Belfort qu'un nommé B... étant allé dimanche chercher des champignons dans la forêt, les mangea en compagnie de son fils et d'un boucher. Tous trois présentèrent aussitôt les symptomes de l'empoisonnement : le fils mourait mardi matin, le boucher est mort, B... est considéré comme perdu. Enfin dans un petit village italien voisin d'Albertville, à Certallo, toute la famille de l'aubergiste a été empoisonnée : un enfant de dix ans est mort samedi matin, un autre samedi soir, un troisième dimanche, le quatrième lundi; un oncle de l'aubergiste a succombé mercredi. Les champignons avaient été apportés de la vallée d'Aoste par deux domestiques d'une dame qui vient de mourir empoisonnée,

elle aussi. La famille L..., de Tarbes, composée du père, âgé de 40 ans, de la mère, âgée de 38 ans, et de quatre enfants, ayant mangé, le 28 août dernier, des champignons préparés avec des tomates, ressentirent le lendemain les symptômes d'un empoisonnement. Malgré les soins des médecins, L... et sa femme sont morts cette nuit. On considère un enfant comme perdu. Les autres sont hors de danger.

A Saint-Seine-en-Bache (Côte-d'Or), les époux Simonin, qui depuis plus de cinquante ans faisaient le commerce des champignons, en mangèrent à un repas du soir et furent, dans la nuit, pris de violentes coliques et de vomissements. Un médecin leur donna des soins, mais tout fut inutile : les deux époux sont morts à quelques heures de distance. *Trois chats*, qui avaient mangé leurs déjections sont morts également.

Peut-être, en raison de la saison souvent orageuse de ces premiers jours de septemhre, les champignons vénéneux ont-il subi un accroissement particulièrement dangereux de leurs propriétés toxiques? Les plantes des régions chaudes ont, en effet, une activité de secrétion toute différente de celle qu'elles posséderaient dans des régions tempérés. On aurait dû, en conséquence, redoubler de précautions dans la consommation des champignons très abondants cette année ; mais l'imprudence a voulu que l'on fit tout le contraire; de là, à ce qu'il semble, proviennent les accidents signalés.

Certaines espèces des champignons, parfaitement caractérisées, peuvent être considérées comme inoffensives; leur saveur agréable prévient en leur faveur. Il faut les connaître et les reconnaître : c'est affaire de prudence et de tradition.

Ces prétendus moyens d'investigation à l'usage des ignorants en botanique sont fallacieux. L'odeur, la saveur, les cuillers d'argent noircies pendant la cuisson ne prouvent rien; c'est aux caractères botaniques qu'il faut absolument se fier. On prétend à tort que des espèces vénéneuses soumises à l'ébullition, à l'expression du suc, ou à la macération, deviennent inoffensives : c'est encore une erreur.

Sur les marchés publics, à Paris notamment, on ne rencontre que des espèces de champignons inoffensives et cultivées le plus généralement. Ce sont le champignon de couche, à pédicule muni d'un anneau, à chapeau blanc ou grisâtre, à lames roses; la morille, qui a l'aspect et la couleur d'une éponge ; la truffe, que la plupart des consommateurs ignorent être un champignon.

Les amateurs — il y en a malheureusement d'ignorants — ajoutent à la récolte du champignon de couche, des agarics, à savoir, le mousseron, la cocherelle, l'oronge, la chanterelle. Ils sont exposés à rencontrer les variétés vénéneuses connexes, fort alléchantes mais mortelles, c'est-à-dire la fausse oronge, *amanita muscaria*, au chapeau rouge moucheté de taches blanches, l'*amanita venenosa*, à chapean ardoisé avec lames blanches, l'*amanita bulbosa*, à chapeau orangé et lames blanches, l'agaric meurtrier, *agaricus necator*, et l'agaric caustique, *agaricus pyrogatus*. La confusion entre ces espèces et les espèces comestible est facile.

Ces événements qui se produisent constamment, à cette période de l'année, qui correspond avec l'apparition des premières pluies et des premiers champignons, montrent combien il faut être prudent dans la consommation tentatrice de ces dangereux cryptogames poussés au hasard des champs et des bois. Les insouciants qui se fient à eux-mêmes et croient à leur instinct pour choisir les champignons comestibles en dehors de toute notion scientifique s'exposent à de terribles dangers.

Signalons, à ce sujet, l'excellente idée qu'à eue un pharmacien d'une des régions dans lesquelles les champignons ont occasionné les accidents dont nous avons parlé : il a mis dans des bocaux de conserves les types de champignons vénéneux de la contrée et a placé les bocaux bien en évidence à sa devanture. Les passants prennent donc, pour peu qu'ils veulent bien s'arrêter un instant, une « leçon de choses » des plus instructives. Cet exemple mérite assurément d'être cité et limité.

Les journaux politiques, *faisant* à ce *sujet un peu d'exercice illégal de la médecine*, donnent une foule de conseils plus ou moins raisonnables. Nos confrères feront bien de s'en rapporter plutôt à leurs classiques.

Le Pithecanthropus erectus.

Conférence par M. Manouvrier, avec l'assistance de M. Eug. Dubois, auteur de la découverte.

Tout dernièrement, à la Société d'Anthropologie, devant une assistance nombreuse et religieusement attentive, M. Manouvrier a raconté, ou plutôt résumé dans ses lignes principales, l'histoire et les conséquences anthropologiques de la découverte de M. Dubois, d'ossements, dans lesquels une étude approfondie a fini par reconnaître les restes du *Pithecanthropus erectus*, être intermédiaire entre l'homme et les anthropoïdes. L'auteur de cette découverte, M. Eug. Dubois, assistait à cette séance et a bien voulu dire, en quelques mots, comment il lui advint une telle bonne fortune. Ce n'est qu'après que les applaudissements qui accueillirent les paroles de M. Dubois furent apaisés, que M. Manouvrier commença sa conférence, dont nous sommes heureux de donner au lecteur, résumées, les principales idées.

Ce n'est pas au hasard qu'on doit attribuer la trouvaille faite par M. Dubois. Ce médecin fut attiré dans l'archipel indien principalement par l'espoir d'y rencontrer, grâce aux fouilles importantes qu'on allait y entreprendre, le fameux *Missing link* théoriquement prévu, dont l'existence devait remonter au delà des temps quaternaires. Certaines hypothèses considéraient même les îles de la Sonde comme ayant pu être le berceau du genre humain.

Trouver une inscription, c'est bien, mais il faut la déchiffrer.

Un crâne très incomplet, deux dents molaires cueillies à un mètre de distance du crâne et un fémur gisant à une quinzaine de mètres, le tout enveloppé dans une gangue terreuse très dure, et rencontré dans un gisement qui renfermait d'autres restes squelettiques d'une faune pleistocène aujourd'hui éteinte en grande partie, telles sont les pièces d'apparence plus ou moins humaine dont il s'agissait de faire la détermination spécifique.

Toutefois le hasard fit un choix judicieux : les deux molaires représentent, en effet, outre les os maxillaires et la face, les appareils de la vie végétative; le fémur représente l'appareil locomoteur; ce qui reste du crâne suffit pour donner des indications sérieuses sur le développement cérébral et intellectuel.

D'après les circonstances des fouilles, M. Dubois conclut que ces pièces appartenaient à un même individu, datant de l'époque pléistocène et appartenant à une espèce anthropoïde bipède intermédiaire entre les anthropoïdes connus et l'espèce humaine, précurseur de celle-ci et probablement issue du genre Hylobates (Gibbon). En conséquence, la nouvelle espèce reçut le nom de *Pithecanthropus erectus*.

Ces conclusions firent un bruit énorme. Le 3 janvier 1895, M. Manouvrier communiqua à la Société d'Anthropologie une appréciation qui peut être ainsi résumée : « Il n'est pas certain que les pièces présentées par M. Dubois proviennent d'un même individu ni d'une même espèce, mais c'est possible, car il n'existe entre ces diverses pièces aucun défaut de corrélation anatomique.

Le fémur, d'après la longueur mesurée par M. Dubois, correspondrait, pour l'espèce humaine et d'après mes tableaux pour la reconstitution de la taille, à une stature de 1m657 environ. Ce fémur, par son indice pilastrique ou indice de section transversal au milieu de la diaphyse, indique certainement une attitude bipède. Mais il ne présente aucun caractère permettant de l'attribuer à une autre espèce que l'espèce humaine. Toutefois cela n'infirme en rien la conclusion générale de M. Dubois, parce que, dans l'hypothèse où une race anthropoïde aurait passé de l'attitude du grimpeur à l'attitude bipède, la transformation du fémur doit avoir devancé celle du crâne.

La dent (troisième molaire supérieure) est trop volumineuse, ses racines sont trop divergentes pour qu'on puisse l'attribuer à un homme. J'ai pu trouver une seule dent humaine, sur un crâne néo-calédonien, qui présente à la fois une couronne aussi grande, dont le grand axe est en même temps dirigé d'avant en arrière, mais c'est une troisième molaire inférieure, et ses racines sont très peu écartées. D'autre part, la dent fossile de Java diffère beaucoup des dents connues d'anthropoïdes par sa surface triturante. On doit donc la considérer comme ayant appartenu à une race soit anthropoïde, soit humaine, disparue.

Le crâne, d'après les calculs de M. Dubois, confirmés par les miens, pouvait cuber 900 à 1,000 centimètres cubes. Cette capacité dépasse de 400 centimètres cubes environ le maximum trouvé chez les plus grands anthropoïdes. D'autre part, elle est trop faible pour être compatible avec une intelligence humaine normale, sinon chez les individus de très petite taille ayant une capacité cranienne *relativement* grande par rapport à leur taille et par rapport à la moyenne de leur race. Or, même en écartant les dents et le fémur dont l'attribution laisse des doutes, les caractères morphologiques du crâne de Java suffisent à dénoter un volume cérébral relatif très faible. Le crâne de Java doit donc avoir appartenu soit à un individu normal d'une race intermédiaire entre les grands anthropoïdes et l'homme, soit à un homme anormal, à un imbécile submicrocéphale pour sa race. Cette dernière supposition a le désavantage d'admettre la rencontre extraordinaire d'une anomalie; si une telle rencontre est, à la rigueur, possible, elle est peu vraisemblable. En somme, il s'agit tout au moins d'un crâne morphologiquement intermédiaire. Il n'est pas certain que ce crâne représente l'état normal d'une race humaine fossile également intermédiaire, mais il est encore moins certain qu'il s'agit d'une simple anomalie. Par conséquent, l'hypothèse de M. Dubois est scientifiquement légitime. »

En Allemagne, le fémur fut déclaré humain et le crâne attribué plus ou moins affirmativement à un singe anthropoïde.

Dublin, Edimbourg et Zurich attribuaient le crâne et le fémur à un homme.

Une telle divergence des appréciations émises par les anatomistes suffirait presque à démontrer l'état nettement intermédiaire du crâne de Java, car on sait combien la différence est grande entre un crâne humain et un crâne de singe. Pour donner lieu à des caractéres si opposés, il a fallu que le crâne de Java présentât d'importants caractéres humains et d'importants caractéres simiens. Ce qui explique aussi la divergence, c'est que le crâne humain s'abaisse parfois jusqu'au niveau simien chez les microcéphales de toutes les races, et jusqu'au niveau du Pithecanthropus chez certains individus inférieurs, surtout dans les races sauvages les plus arriérées.

En septembre 1895, eut lieu, à Leyde, le Congrès zoologique international. La vue directe des pièces fut insuffisante pour déterminer des affirmations nettes : mais ce fut là un progrès et une nouvelle preuve morale de la situation intermédiaire du primate fossile de Java. Depuis le mois d'octobre, on a particulièrement étudié le caractère du fémur sur lequel insiste M. Dubois, à savoir la forme presque cylindrique de cet os à la région poplitée, à 4 centimètres au-dessus du bord supérieur des condyles. A ce niveau, le diamétre transversal du fémur est ordinairement beaucoup plus grand que le diamétre antéro-postérieur. Sur le fémur de Java, ces deux diamètres sont presque égaux. En même temps, si l'on mesure à partir d'un point antérieur m deux diamétres antéro-postérieurs aboutissant l'un au point médian p, l'autre au point n, pris sur la branche extrême de la bifurcation de la ligne âpre, on trouve $m\ n < m\ p$.

Ce caractère peut se produire sporadiquement dans des races quelconques; il ne parait posséder aucune valeur ethnique dans l'espèce humaine. « Sans être pathologique, il sera lié, dit M. Manouvrier, le plus souvent à une certaine faiblesse musculaire et peut-être consécutif à une lésion affectant la partie supérieure de l'os. Comme précisément le fémur de Java présente une telle lésion consécutive elle-même à une maladie capable d'entrainer pendant de longues années une impotence relative des membres inférieurs, il est très possible, et même je crois probable, que si l'on trouve un second fémur de même race, il sera trés différent de celui qu'on possède. Celui-ci n'en a pas moins une très grande importance, puisqu'il atteste péremptoirement la marche bipède que les caractères crâniens eussent été impuissants à démontrer d'une façon suffisante, et la stature assez forte du sujet. »

M. Manouvrier a tenté la reconstitution graphique du crâne. Or, ce qui en résulte, c'est qu'il est impossible avec la calotte de Java de faire un crâne ayant une apparence soit complétement humaine, soit franchement simienne. La vérité est que ce crâne représente le stade morphologique des anthropoïdes très jeunes, stade durant lequel ces animaux se rapprochent de l'homme par d'importants caractères crâniens, beaucoup plus qu'à l'âge adulte. Mais, comme il s'agit d'un adulte, ce fait est nettement en faveur de l'attribution du crâne à l'espèce humaine sous la réserve qu'il occupe un rang morphologique intermédiaire entre celui des anthropoïdes adultes et celui des races humaines les plus arriérées. Du reste, un anthropoïde bipède et marcheur possédant un tel crâne, n'est autre chose qu'un homme inférieur, car il a perdu les traits essentiels qui différencient l'homme des anthropoïdes grimpeurs.

Théoriquement, il est trés vraisemblable qu'une espèce anthropoïde, évoluant vers le type humain, a dû réaliser tout d'abord, à l'état adulte, les caractères de supériorité qu'elle posédait transitoirement à l'état jeune avant cette évolution. La disparition de ces caractères enfantins de supériorité résulte de l'arrêt précoce de développement du manteau cérébral, alors que la région centrale et inferieure, ainsi que la région basilaire du crâne continuent à croître avec la taille.

Le Pithecanthropus représenterait donc cette phase inférieure de l'évolution humaine dans laquelle le perfectionnement intellectuel et cérébral aurait été suffisant, juste assez, pour que le développement de la boite crânienne ne reste pas plus en retard qu'il ne l'est chez les jeunes anthropoïdes par rapport au développement basilaire corrélatif à l'accroissement de la taille. Dans les races humaines actuelles les plus inférieures, le mode de l'évolution est plus largement dépassé pour les individus normaux. Il est dépassé plus largement encore dans la moyenne des races européennes.

De toutes façons la qualité de *précurseur* attribuée par M. Dubois a son *Pithecanthropus* repose sur un ensemble de faits assez respectable... et tout naturellement, ensuite se pose la question de savoir si le précurseur ne serait par un *ancêtre immédiat de l'homme* ou d'une partie de l'espèce humaine.

Natura non facit saltus : Tout adversaire de la doctrine transformiste pourra admettre sans répugnance une nouvelle preuve de l'adage connu. Or, l'hypothèse d'un simple précurseur place tout simplement une espèce intermédiaire entre les anthropoïdes et l'espèce humaine.

Ce sont surtout les transformistes, toutefois, qui auront à se réjouir de la découverte de M. Dubois.

A quel genre simien serait échu l'honneur de devenir souche humaine? M. Dubois a pensé au genre Hylobates (Gibbon), et tout semble lui donner raison. L'attitude presque verticale des gibbons correspond à des particularités anatomiques très profondes qui ont pu rendre aisée la transformation humaine. Les conditions de cette transformation, c'est-à-dire du passage de l'état de grimpeur à l'état de marcheur bipède ont dû être trés impérieuses, car il est difficile de croire que, sans cela, une race de grimpeurs eut pris spontanément l'initiative de renoncer à un mode de locomotion en rapport avec une adaptation instinctivement et organiquement fixée. Une hypothèse, entre autres, à ce sujet, serait la destruction plus ou moins complète des forêts, dans une île habitée par des anthropoïdes capables de prendre au besoin l'attitude bipède. Les volcans anciens de Java auraient pu accomplir cette destruction et rendre nécessaire, sous peine de suppression de la race, l'adaptation nouvelle à la race bipéde.

En somme, pourquoi cette race d'anthropoïde de Java serait-elle disparue? Ce serait assez difficile à expliquer, tandis qu'avec le transformisme on comprend que, devenue race humaine, elle ne pouvait rester en même temps une race anthropoïde. Si le Pithecanthropus est un ancêtre, son espèce survit encore dans sa descendance humaine.

La différence est si faible entre le Pithecanthropus et l'homme qu'il n'y a pas lieu de rechercher un chainon intermédiaire : ce chainon est suffisamment représenté par la portion la plus ancienne de nos races sauvages.

D'ailleurs, l'existence d'un hiatus entre les deux espèces vivantes, voisines l'une de l'autre, ne peut servir d'argument contre la théorie transformiste, ce hiatus peut être au contraire le résultat direct de la transformation d'une espéce en une autre.

Bien que la transformation ici supposée ait été trés profonde, de façon à donner naissance à un prétendu nouveau *règne* « au régne humain », cette transformation aurait pu se produire sans que la nature ait été obligée de faire le moindre saut. Il se peut qu'au point de vue zootoxique on constate un saltus véritable, mais ce saltus a pu être la conséquence graduelle d'une simple modification d'habitudes locomotrices, dans une race de singe déjà capable de prendre l'attitude bipède. Si l'on admet que parmi plusieurs espèces de Gibbons, Gx, Gy, Gz, cette derniére ait évolué sur le type humain, on a en résumé :

Gibbon X
Gibbon Y
Gibbon Z }— H^0 — ($PE = H^1$) — H^2

Le changement a pu être brusquement motivé; mais il n'y a pas eu de saut anatomique du Gibbon Z à l'homme actuel. Ce qui a pu se produire brusquement, c'est la condition extérieure d'où serait résulté, pour une race anthropoïde de grimpeurs, la nécessité d'adopter habituellement un mode de locomotion qu'elle était déjà apte à utiliser occasionnellement. Mais il n'y aurait eu de brusque, au point de vue biologique, qu'un simple accroissement de fréquence dans l'utilisation d'une aptitude fonctionnelle déjà existante. Des modifications anatomiques multiples et considérables peuvent avoir été entraiuées par ce seul changement d'attitude habituelle, mais elles ont dû se produire par degrés insensibles et sont d'autant moins étonnantes que déja les anthropoïdes se rapprochaient morphologiquement beaucoup plus de l'homme que des singes quadrupédes par leur conformation générale.

Un argument qu'on n'a pas manqué de servir à M. Dubois, c'est que le crâne de Java est une simple monstruosité sans signification ethnologique. C'est possible, quoique bien invraisemblable, surtout si l'on envisage la taille du sujet et surtout le volume des dents.

Enfin, il reste encore deux hypothèses :

1° A l'époque pliocène vivait à Java une race humaine intermédiaire entre les plus inférieures des races connues et les anthropoïdes.

2° A l'époque pliocéne vivait à Java une race anthropoïde possédant la marche bipède et intermédiaire, par son développement cérébral, entre les plus élevés des singes connus et la race humaine.

Admettre l'une ou l'autre de ces hypothèses, n'est-ce pas dire que le Pithecanthropus erectus est un ancêtre?

Ainsi donc, la découverte de M. Dubois confirme, par la démonstration directe, les admirables prévisions de Gabriel de Mortillet et d'Abel Hovelacque, relatives à l'existence préhistorique de l'intermédiaire entre les anthropoïdes et l'homme actuel (*Anthropopithèque* de de Mortillet).

On possède aujourd'hui un type indéniable de cet intermédiaire qui relie la chaine de l'origine et de la descendance réelles de l'homme, à travers l'évolution transformiste, et qui porte le dernier coup, le coup de grâce à la doctrine *créationniste*.

Au banquet qui suivit la conférence, M. Dubois fut fêté comme il convient.

M. Thulié a porté un toast à M. Dubois en faisant ressortir le mérite et l'importance de sa découverte.

M. Gabriel de Mortillet en a porté un autre en l'honneur de la découverte du Pithecanthropus, après avoir rappelé les prévisions scientifiques déjà anciennes relatives à cette découverte, prévisions accentuées et justifiées par les silex tertiaires trouvés dans diverses contrées et d'abord en France par l'abbé Bourgeois, objets qui indiquent manifestement l'existence à l'époque pliocène d'un être plus intelligent que les singes, être qu'il avait nommé *anthropopithèque*.

M. Mathias-Duval a levé son verre en l'honneur de Mme Dubois, qui a pris part aux travaux et aux fatigues de son mari à Java, où sont nés deux de ses enfants. Il rappelle que, dès la première communication faite à la Société d'Anthropologie par M. Manouvrier sur le Pithecanthropus, il a hautement reconnu l'importance exceptionnelle de la découverte de M. Dubois.

M. Manouvrier a prononcé l'allocution suivante :

« Madame, Messieurs,

« Comme je l'ai fait observer déjà dans ma conférence, si M. Dubois a été heureux d'avoir trouvé un Pithecanthropus, ce n'a pas été une moindre chance pour celui-ce que d'avoir été trouvé par M. Dubois.

En songeant aux instincts pithecanthrophagiques très vivaces encore dans les milieux universitaires, on pourrait même craindre que tout l'avantage ne soit pour l'ancêtre javanais. Toutefois, permettez-moi d'attirer votre attention sur quelques signes rassurants à cet égard.

D'abord le fait d'avoir organisé une importante mission géologique et paléontologique montre que le gouvernement hollandais se soucie hautement de l'avancement des sciences. Ensuite, le fait que cette mission fut confiée non pas à un « danseur » (comme il n'en doit pas manquer, même dans les Pays-Bas), mais bien à un géologue anatomiste aussi compétent que M. Dubois, ce fait a beau être tout naturel, il n'en est pas moins digne de remarque. De plus, d'après les témoignages spontanés et reconnaissants de notre hôte, nous voyons le gouvernement des Indes néerlandaises favoriser, de toutes façons et de tout son pouvoir, les recherches qui ont abouti à la découverte du P. E., et ne pas craindre de dépenser, pour ces recherches, des sommes considérables. Nous voyons enfin les deux gouvernements s'intéresser aux travaux subséquents de M. Dubois, répandre son très remarquable mémoire, faciliter les voyages et les études à l'étranger. Tout cela contribue à montrer que la Hollande et les Indes néerlandaises sont gouvernées avec une sagesse peu ordinaire.

Les sentiments d'estime et de sympathie que nous avons le plaisir de manifester à M. Dubois sont donc un écho lointain de ceux qu'il a conqui dans son pays et dont la solicitude de son gouvernement est, sans doute, une expression. La petite nation hollandaise est grande dans l'histoire des sciences; c'est une raison qui s'ajoute aux précédentes pour nous faire penser que M. Dubois verra satisfaite l'ambition qu'il doit avoir comme tout savant : l'ambition de pouvoir servir la science dans la mesure entière des ses capacités. Buvons au peuple hollandais, au gouvernement des Indes Néerlandaises. »

M. Dubois remercie la Société et l'Ecole d'Anthropologie des honneurs qui lui ont été faits ainsi qu'à son pithecanthropus.

Il se plaît à reconnaître que c'est en France qu'il a rencontré la première adhésion à ses conclusions, antérieurement au Congrès international de Leyde, adhésion qui s'est accentuée lorsqu'il eut apporté en octobre 1895, les pièces du procès au laboratoire d'Anthropologie de l'Ecole des Hautes Etudes. Il ajoute que la France a eu l'honneur d'être l'initiatrice de la Paléontologie humaine, et qu'en voyant devant lui M. G. de Mortillet, dont les travaux ont déterminé, en grande partie, les découvertes plus récentes, il lui semble revivre une légende.

En terminant, il porte un toast à la France, aux convives, à l'Anthropologie française.

M. Capitan a rappelé combien le regretté directeur de l'Ecole, M. Hovelacque, s'est intéressé à la découverte de M. Dubois, dont il avait été, avec Gabriel de Mortillet, un des précurseurs.

(*Tribune médicale*.)

Paul Verlaine et les Médecins.

P. Verlaine, pendant ses dernières années, passait à l'hôpital presque tout le temps qu'il ne consacrait pas à siroter au café François Ier, parfois à la table voisine de celle du Ministre actuel de l'Intérieur. Il a raconté *Mes hôpitaux* en des pages anciennes, trop peu connues, dont la prose nostalgique mérite une mention.

Peut-être un jour regretterons-nous ce *bon temps* où vous, travailleurs, vous vous reposiez ; où nous, les poètes, nous travaillions; où toi, l'artiste, tu gagnais ton banyuls et tes todds avec des portraits de suppléantes et d'élèves, et qu'elles « frasques » dans la salle de garde ! Oui, peut-être un jour nous reviendront, mélodieuses du passé, ces conversations de lit à lit, de bout à bout de salle parfois : « Allons, Messieurs, un peu de silence, donc! Nous ne sommes pas ici à la Chambre. Taisez-vous, 27, espèce de cheval de retour ! C'est toujours les abonnés qui font le plus de pétard ! » Des discussions plus qu'animées et rien moins qu'attiques. Ils nous reviendront ces sommeils, coupés de cris d'agonie, des vociférations de quelque alcoolique, ces réveils avec de ces nouvelles : « Le 15 a cassé sa pipe. — As-tu entendu ce cochon de 4? Quel nom de D... de sale ronfleur ! » Par-dessus tout, nous reviendra, hélas ! sous forme d'utile regret, ce calme sobre, cette stricte sécurité des lieux de douleur, certes, mais aussi de soins sûrs et de pain sur la planche. Peut-être, un jour que la mort nous tâtera, que la maladie avant-courrière et fourrière nous tiendra fiévreux et douloureux et peut-être miséreux et solitaires, les reverrons-nous, non sans attendrissement et une sorte de triste — oh ! bien triste ! — gratitude, ces longues avenues de lits bien blancs, ces longs rideaux blancs, car tout est long et blanc, en quelque sorte, en ces asiles.

Par contre, le Verlaine des *Invectives* n'est plus qu'un malade révolté, qui montre le poing aux infirmiers et aux internes. A lire l'ode XV, dédiée à un collègue, « à Monsieur le Dr de G..., interne des hôpitaux ». En voici quelques couplets, plutôt durs :

Tu fus inhumain
De sorte cruelle.
Tu fus inhumain
De façon mortelle.
Tu fus inhumain
Sans rien de romain.

Tu n'as d'un romain...
De la décadence,
Tu n'as d'un romain
Que ta grosse panse.
Tu n'as de romain
Que d'être inhumain.

Le pauvre à ta voix
Tremblait comme feuille.
Le pauvre — à ta voix! —
Qu'épuise et qu'endeuille,
La faim, à la fois,
La soif — et ces froids !

Et maudit sois-tu
Selon tes mérites,
Donc, maudit sois-tu,
Vil bourreau dodu,
Oui, maudit sois-tu
Suivant ta vertu !

Notre ami, de G..., ne doit pas être content. Mais qu'il se console : cette odelette lui servira peut-être plus que de brillants états de service.

FORMULES

Potion contre la toux spasmodique incoercible chez l'adulte. — (M. J.-B. Barcock).

Bromoforme	7 gr. 50 centigr.
Teinture de gelsemium sempervirens	8 grammes.
Sirop de lactucarium. . . .	65 —
Gomme arabique pulvérisée. .	Q. S.

F. S. A. — A prendre : trois ou quatre cuillerées à café par jour.

Mélange antiodontalgique. — (M. S. Votiow).

Chlorhydrate de cocaïne. . .	0 gr. 10 centigr.
Camphre	ââ 5 grammes.
Hydrate de chloral . . .	

Mêlez; ajoutez quelques gouttes d'eau et triturez jusqu'à ce que le mélange se transforme en un liquide transparent homogène. — Usage externe.

Une petite boulette de coton imbibée de ce liquide est introduite dans la cavité dentaire et renouvelée, suivant le besoin, jusqu'à la cessation définitive de la douleur. (*Sem. méd.*).

Traitement des engelures.

M. Lassar recommande la pommade suivante contre les engelures :

Acide phénique	2 grammes.
Onguent diachylon	40 —
Lanoline.	40 —
Huile d'olive	20 —
Essence de lavande	XXV gouttes.

(*Bull. méd.*).

Traitement de l'apoplexie pulmonaire. — (Dr Plicque).

Ce traitement sera avant tout basé sur les indications étiologiques. Chez un cardiaque, ce qu'il faudra faire, c'est de relever

le cœur par la digitale, par la caféine. Dans les cas pressants, la saignée sera souvent le meilleur moyen de diminuer la surcharge veineuse et la dilatation du cœur. Dans les infections dynamiques, c'est aux toniques, à l'alcool, champagne, quinquina, qu'il faudra avant tout s'adresser. On n'oublicra par le rôle joué par la congestion hypostatique dans l'apoplexie pulmonaire. On luttera contre cette congestion par l'application de nombreuses ventouses sèches et en faisant coucher les malades sur les côtés et même presque sur le ventre. Cette position diminue rapidement la congestion.

Contre le point de côté, les applications de ventouses sèches ou scarifiées suffisent en général.

Contre la dyspnée, on emploiera les ventouses, les inhalations d'oxygène, les injections d'éther, de caféine et surtout d'huile camphrée. Une à quatre seringues de la solution suivante :

Huile d'olive stérilisée	30	grammes.
Camphre.	5	—

Exceptionnellement l'abondance de l'hémoptysie nécessitera un traitement spécial : ligature assez serrée des quatre membres, glace à l'intérieur, ventouses sèches et injections sous-cutanées d'ergotine. Dans les cas d'hémoptysie moins abondante, mais prolongée, il vaudrait mieux employer les potions à l'ergotine, au ratanhia. Le malade évitera bien entendu tout effort, tout mouvement, et gardera un silence complet (*La Presse méd. de Paris*, 12 février 1896).

NOUVELLES

Natalité a Paris.— Du dimanche 23 août au samedi 29 août 1896, les naissances ont été au nombre de 1 154, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 406 ; illégitimes, 149, Total, 555. — *Sexe féminin* : légitimes, 429 ; illégitimes, 170. Total, 599.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 23 août au samedi 29 août 1896, les décès ont été au nombre de 757, savoir : 398 hommes et 355 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 3, T. 5. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 2, T. 2. — Rougeole : M. 4, F. 0, T. 4. — Scarlatine : M. 3, F. 0, T. 3. — Coqueluche : M. 2, F. 6. T. 8. — Diphtérie, Croup : M. 3, F. 4, T. 7. — Grippe : M. 1, F. 0, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 109, F. 76, T. 185. — Méningite tuberculeuse : M. 9, F. 14, T. 23. — Autres tuberculoses : M. 11, F. 6, T. 17. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 30, T. 48. — Méningite simple : M. 10, F. 8, T. 18. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 22, F. 14, T. 36, — Paralysie, M. 3, F. 4, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 4, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 21, F. 22, T. 43. — Bronchite aiguë : M. 4, F. 4, T. 8. — Bronchite chronique: M. 1, F. 5, T. 6. — Broncho-pneumonie : M. 8, F. 4, T. 12. — Pneumonie : M. 9, F. 6, T. 15. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 11, F. 6, T. 17. — Gastro-entérite, biberon : M. 28, F. 16, T. 34.— Gastro-entérite, sein : M. 1, F. 3, T. 4. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 1, T. 4. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 4, T. 7. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 10, F. 14, T. 24. — Sénilité : M. 10, F. 16, T. 26. — Suicides : M. 7, F. 5, T. 12. — Autres morts violentes : M. 12, F. 1, T. 13. — Autres causes de mort : M. 70, F. 65, T. 135. — Causes restées inconnues : M. 1, F. 2, T. 3.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 72, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 29, illégitimes, 11. Total : 40. — *Sexe féminin* : légitimes, 23, illégitimes, 9. Total : 32.

Faculté de Médecine de Paris. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1896-1897, chefs de travaux et de laboratoires : *Travaux pratiques* : MM. les agrégés Hanriot (chimie), Weiss (physique), Remy (histologie) ; MM. Brault (anatomie pathologique), Laborde (physiologie). M. Rondeau est nommé chef adjoint des travaux pratiques de physiologie. — *Laboratoires de recherches et d'enseignement* : MM. les agrégés Chantemesse (anatomie pathologique), Gilbert (thérapeutique et matière médicale), Wurtz (pathologie expérimentale et comparée), Netter (hygiène) ; MM. Langlois (physiologie), Desgrez (pathologie et thérapeutique générales), Descoust, Ogier et Vibert (médecine légale), Fiquet (chimie biologique), Brissemoret (pharmacologie). M Héricourt est nommé chef adjoint du laboratoire de la chaire de physiologie. — *Laboratoires des cliniques* : MM. Springer, Drouin et Suchard (clinique médicale de la Charité), Pilliet et Robin (clinique chirurgicale de la Charité), Berdal (clinique chirurgicale de l'Hotel-Dieu), Achalme et Thiroloix (clinique médicale de la Pitié). Bezanson (clinique chirurgicale de la Pitié), Lion et Winter (clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine), Fabre-Domergue (clinique chirurgicale de l'hôpital Necker), Souques (clinique des maladies du système nerveux), Walich (clinique Baudelocque), Serveaux, Souvineau Sumas et Rabaud (clinique des maladies mentales), Sabouraud (clinique des maladies cutanées et syphilitiques), Ledoux-Lebard (clinique des maladies des enfants), Hallé et Chabrié (clinique des maladies des voies urinaires). — Sont nommés chefs adjoints : MM. Savoire (clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu), Cathelineau (clinique des maladies cutanées et syphilitiques), Mermet (clinique ophtalmologique). — M. Philippe est chargé, pour l'année scolaire 1896-1897, des fonctions de chef des travaux d'anatomie pathologique au laboratoire de la clinique des maladies du système nerveux.

Ecole supérieure de Pharmacie de Montpellier. — Sont nommés *chargés de cours* : MM. Planchon, agrégé, matière médicale. Jadin, agrégé, minéralogie et hydrologie. Imbert, chargé des fonctions d'agrégé, chimie minérale.

Ecole de Médecine navale. — Les candidats dont les noms suivent sont admis à concourir à Rochefort pour l'Ecole de Bordeaux : MM. Ayraud, Marchegay, Grailliot, Bertraud, L. Rabourdin, Brochard Fermond, Petit, Chemin, Couvy, Laurens, Rogé, Girard, Gisselbrecht, Clavet, Dufour, Lescure, Braud, Guillet, Chagnolleau, Richard, Moreau, Epron, Chaneau, Grossin, Rousseau, Constantin, Ledoux, Tel, Jousset, Delmas, Béliard, Rey, Hervé, Pascau, Brustier, Marty, Ducasse, Dellel, Auchier, Boutin, Kobler, H. Rabourdin, Marque, Delhommeau, Carrère, Barthe, Valentin, de Fornel, Devillars, Maillé et Azémar, ce dernier soldat au 143e de ligne.

Universités étrangères. — *Faculté de médecine de Gratz.* M. le Dr Em. Finotti est nommé privatdocent de chirurgie. — *Faculté de médecine de Lemberg.* M. le Dr Wenzel von Sobieranski, privatdocent à la Faculté de médecine de Marbourg, est nommé professeur ordinaire de pharmacologie. M. le Dr Ladislaus Niemilovicz, professeur extraordinaire, est nommé professeur ordinaire de chimie médicale. — *Faculté de médecine de Naples.* M. le Dr E. Ajevoli est nommé privatdocent de pathologie chirurgicale. — *Faculté de médecine de Paterne.* M. le Dr G. Faraci, privatdocent à la Faculté de médecine de Rome, est nommé privatdocent d'otologie, de rhinologie et de laryngologie. — *Faculté de médecine de Wurtzbourg.* M. le Dr Joh. Sobotta est nommé privatdocent d'anatomie et d'histologie.

Congrès de la British medical Association. — La *British Medical Association* a tenu son 64e Congrès annuel à Carlisle, du 28 au 31 juillet, sous la présidence de M. Henry Barnes. Les travaux du Congrès ont été répartis entre 9 sections : médecine (M. Dufey, président) ; chirurgie (M. Ogston, président) ; obstétrique et gynécologie (président M. Croom) ; médecine publique (M. Ewart, président) ; psychologie (M. Campbell, président) ; pathologie et bactériologie (M. Delépine, président) ; ophtalmologie (M. Little, président) ; maladies des enfants (M. Finlayson, président) ; coutumes médicales (M. l'Anson, président).

Association française pour l'avancement des sciences. — *Legs.* — Le conseil de l'Association française pour l'avancement des sciences, fusionnée avec l'Association scientifique de France, est autorisé à accepter le legs de 7,853 fr. 18, fait par M. Edmond Rigout.

Laboratoire de Bactériologie d'Angers. — Le conseil général de Maine-et-Loire a voté une subvention annuelle de 4,250 francs pour l'établissement à Angers d'un laboratoire de bactériologie.

Société nationale de Médecine de Lyon. — L'article 2 des statuts de la Société nationale de Médecine de Lyon est modifié ainsi qu'il suit : Les membres de la Société sont *titulaires, honoraires, associés* ou *correspondants.* Les titulaires sont au nombre de 75.

Missions scientifiques. — Un navire qui était parti, il y a deux ans, pour faire une expédition dans les régions arctiques, le croiseur Danois *Ingolf*, est de retour. L'expédition était dirigée par le commandant Wandel. Elle a découvert une chaine de hauteurs sous-marines dans la partie méridionale du détroit de Davis. Les résultats scientifiques sont excellents, surtout en ce qui concerne l'hydrographie et la zoologie. On a trouvé plusieurs nouvelles espèces d'animaux.

Nouvelle Instruction pour les Elèves Sages-Femmes. — D'après une nouvelle instruction notifiée aux Facultés de Médecine, les aspirantes au diplôme de sage-femme de 1re classe devront, à partir du 1er octobre prochain, produire pour se faire inscrire, soit dans une Ecole de Médecine, soit dans une Maternité, le brevet de capacité élémentaire de l'enseignement primaire ou le certificat d'études secondaires institué par le décret du

14 janvier 1882. Les aspirantes au diplôme de seconde classe justifieront, avant d'entreprendre leurs études, du certificat obtenu à la suite de l'examen prévu par l'arrêté du 1er août.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Notre excellent ami et compatriote, M. Amédée Odin, pharmacien de 1re classe aux Sables-d'Olonne, ancien interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé officier de l'Instruction publique en récompense des incomparables services qu'il a rendus et rendra encore à la population maritime de la Vendée. Nous espérons bien que le gouvernement d'ici peu saura récompenser par le ruban rouge le zèle de ce vaillant défenseur des industries de la mer sur les côtes françaises : le Congrès des Sables, auquel il s'est consacré d'une façon toute spéciale, vient d'ailleurs de prouver quelles sont les ressources dont on dispose actuellement en Vendée, grâce à l'infatigable activité de M. Odin.

CHOLÉRA EN EGYPTE. — Il y a eu de vendredi à lundi, dans la Basse-Egypte, 33 nouveaux cas de choléra et 30 décès; au Caire 115 nouveaux cas et 100 décès dont celui d'un soldat du régiment de Stafford; dans la Haute-Egypte, 255 nouveaux cas et 217 décès.

UN CAS DE FULGURATION. — M. Paul Perrain, maire et conseiller général de Chef-Boutonne (Deux-Sèvres), a été tué par la foudre entre Loubigné et Chef-Boutonne, où il chassait.

LA RAGE EN FRANCE. — *Lenteur dans le traitement.* — Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publique vient d'adresser aux préfets une circulaire pour leur signaler les inconvénients résultant du retard apporté dans l'envoi à l'Institut Pasteur des personnes mordues par des animaux atteints de rage. Ce retard paraît avoir pour cause la lenteur avec laquelle les pièces administratives nécessaires sont délivrées aux intéressés. Parfois aussi, ceux-ci ignorent qu'ils peuvent trouver à l'Institut Pasteur les secours les plus efficaces. Le directeur de l'assistance publique invite donc les préfets à rappeler aux autorités locales que les personnes mordues peuvent être traitées à l'Institut Pasteur et que, pour être efficace, le traitement antirabique doit être appliqué aussitôt que possible après l'accident, chaque jour qui s'écoule diminuant les chances de guérison des malades. Aussi faut-il réduire au minimum les formalités nécessaires pour leur envoi à Paris et en hâter autant que possible l'accomplissement. Il est indispensable en outre de ne pas négliger la cautérisation et les lavages antiseptiques, auxquels il est toujours utile de recourir immédiatement.

LA LÈPRE EN ALLEMAGNE. — Le cas de lèpre signalé à Charlottenburg, près Berlin, occupe beaucoup la presse allemande ; à Berlin, on dit que le sujet en traitement est une dame d'une quarantaine d'années qui a vécu jusqu'à ces derniers temps au Brésil. C'est là qu'elle a contracté cette variété de la maladie connue sous le nom de *lepra tuberosa* et qui est à une période assez avancée.

ALCOOLISME. — Le Conseil général des Vosges a émis le vœu que des mesures législatives, fiscales, administratives soient prises en vue de combattre le fléau de l'alcoolisme, en faisant spécialement dans les écoles des cours d'hygiène pour prémunir les nouvelles générations contre les conséquences morales, pathologiques et économiques de l'abus de l'alcool.

UNE CENTENAIRE. — En dépit des odeurs de Paris dont on se plaint si fort, l'air de la capitale pourrait bien ne pas être aussi malsain qu'il en a la réputation, à en juger du moins par l'exemple de longévité que donne une pensionnaire de la Salpêtrière, Mme Veuve Simonnet, âgée actuellement de cent trois ans et cinq mois et dont le dernier recensement nous révèle l'existence.

HOSPICE SANS MALADES DANS LE WURTEMBERG. — Sigulière mésaventure d'un hospice wurtembergeois. Un hospice « destiné à recueillir des filles de hauts fonctionnaires tombés dans la misère » avait été fondé à Tubingue. Pendant des années, la bienfaisance publique avait été mise à contribution. Une vente de charité avait rapporté un gros bénéfice et la famille royale de Wurtemberg avait alloué à l'œuvre un important subside. Une magnifique propriété avait été aménagée à Hechingerstrasse. Aujourd'hui, elle est prête à recevoir les pensionnaires ; mais, malgré des appels répétés, il n'en est pas arrivé une seule, aucune fille de haut fonctionnaire ne voulant avouer qu'elle est tombée dans la misère, de sorte que le comité se voit obligé de mettre en location l'immeuble acquis au prix de tant de sacrifices.

L'HYGIÈNE CHEZ LES PÊCHEURS D'ISLANDE. — Le Ministre de la Marine vient d'adresser aux autorités maritimes de la cote, pour être communiqué aux armateurs et aux chambres de commerce, un extrait du rapport du commandant de la station d'Islande. Le commandant signale la déplorable tenue des *logements d'équipage* des goélettes de pêche, leur installation défectueuse, le mauvais état des ustensiles de ménage mis à la disposition des marins. Les navires des ports du Nord laissent plus à désirer que ceux armés sur la côte bretonne ; mais leurs postes d'équipage exigent cependant de sérieuses améliorations.

BICYCLE-CLUB MÉDICAL. — Il s'est fondé à Brooklyn un *Bicycle-c'ub* réservé uniquement aux médecins. Le but proposé est d'utiliser la bicyclette pour l'accomplissement des devoirs professionnels. Un grand nombre de médecins de Brooklyn ont renoncé déjà au cheval et à la voiture et font leurs visites à bicyclette.

UN ENFANT-VIEILLARD. — Le *Daily News* signale dans une ville américaine dont il omet de publier le nom, le décès d'un baby qui serait mort de vieillesse (*sic*), à l'âge patriarcal de huit mois. Ce précoce enfant avait grandi, en une semaine, à la taille d'un petit homme ; il vidait, à un mois, de pleines pintes d'ale et les faisait suivre d'un verre de whisky ou deux, en manière de chasse-bière ; son vocabulaire était abondant et varié. A six mois, le phénomène se parait d'une barbe et presque aussitôt il commençait à grisonner, dépérissait, puis, au bout de quelques semaines, mourait de vieillesse, ayant à peine atteint l'âge où les enfants ordinaires font leurs premières dents.

BISMARK MÉDECIN. — L'Université d'Iéna vient de conférer au prince de Bismark le diplôme honoraire de docteur-médecin. Le diplôme est sur parchemin et le sceau de la Faculté est contenu dans une boite d'argent sur le dessus de laquelle se trouvent en relief les armes du prince, couronnées par Esculape et Minerve, avec la date du 16 juillet 1896. L'autre face est ornée d'une image de la place du marché d'Iéna avec la Fontaine de Bismark et l'inscription : « Iéna, 30 et 31 juillet 1892.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRES MÉDICAL*

RECHERCHES CLINIQUES & THÉRAPEUTIQUES

SUR

l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie

Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'**année 1895;**

Par BOURNEVILLE

Avec la collaboration de MM. BONCOURT, COMTE, DARDEL, DUBARRY, LERICHE, LOMBARD, J. NOIR, PILLIET, RUEL, SOLLIER et TISSIER, internes ou anciens internes du service.

Tome XIV. Un beau volume in-8° de LXXI-254 pages, avec 31 figures et 8 planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

CULLORRE (A.). — L'incontinence d'urine et son traitement par la suggestion. Brochure in-8. de 32 pages. Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . 0 fr. 70

CHARON (R.). — Démence vésanique. Ramollissement du cervelet (Lob droit), Rupture du cœur (oreillette droite). — Guérison apparente des troubles psychiques chez deux maniaques. Brochure in-8 de 11 pages, avec une figure. — Prix : 0 fr. 50. — Pour nos abonnés : 0 fr. 30.

Le Rédacteur-Gérant: BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCCr), RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IV. N° 38. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 19 SEPTEMBRE 1896.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

Idiotie symptomatique d'atrophie cérébrale; pachyméningite; kyste de la dure-mère;

PAR **BOURNEVILLE ET METTETAL.**

SOMMAIRE. — *Père et mère sans particularités. — Grand'père maternel mort d'excès de boisson. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 4 ans. — Gémellarité. — Un frère, convulsions. — Émotions au neuvième mois de la grossesse. — Asphyxie prolongée à la naissance. — Convulsions à l'âge de 3 jours limitées au côté droit. — Cécité complète. — Tuberculose. — Ophthalmie. — Cachexie. — Eschares. — Mort.*

AUTOPSIE. — *Tuberculisation et œdème des poumons. — Tuberculose intestinale. — Atrophie du cerveau surtout des lobes frontaux et occipitaux. — Développement exagéré du cervelet. — Pachyméningite. — Kyste de la dure-mère.*

Maq... (Jeanne), née à la Ferté-Gaucher (Seine-et-Marne) le 24 juillet 1892, est entrée à la Fondation Vallée le 13 juin 1895.

ANTÉCÉDENTS. (*Renseignements fournis par sa mère*). — *Père*, 31 ans, employé de chemin de fer, n'a eu ni convulsions, ni fièvre typhoïde, ni rhumatismes, ni dartres, ni syphilis. Très sobre, mais fume beaucoup, ni migraines, ni traumatismes céphaliques. — [*Père*, 68 ans, se porte bien, ne boit ni ne fume. — *Mère*, pas de renseignements. — Aucun détail sur les *grands-parents maternels* et *paternels*. — Deux *oncles paternels* morts à 78 et à 58 ans, tous deux d'une fluxion de poitrine; une *tante paternelle*, qu'on n'a pas connue. — Un *oncle maternel*, sobre, sans symptômes nerveux. — Deux *sœurs*, sans tare nerveuse. — Dans le *reste de la famille*, ni idiots, ni épileptiques, ni paralytiques; pas de difformes, de bègues et de sourds-muets; ni suicides, ni criminels, ni prostituées].

Mère, 27 ans, sans profession, n'a pas eu de convulsions, pas de fièvre typhoïde, de rhumatismes, de dartres, de syphilis, de traumatismes céphaliques. — [*Père*, 64 ans, mécanicien, fait des *excès de boisson* et de tabac; nerveux, emporté, mais n'aurait pas d'attaques. — *Mère*, 63 ans, sobre, très vive de caractère. — *Grand-père* et *grand'mère paternels*, inconnus. — *Grand-père maternel*, mort d'accident de voiture, était sobre et peu nerveux. — *Grand'mère maternelle*, sobre, un peu nerveuse. — *Oncles* et *tantes maternels*, pas de renseignements. — Ni *frères*, ni *sœurs*. — Dans le *reste de la famille*, rien de particulier, pas d'aliénés, etc...]

Pas de consanguinité. — Quatre ans de différence d'âge.

4 *enfants* : 1° la malade; — 2° *garçon* (20 mois), très nerveux, très éveillé, se porte bien; a eu de petites *convulsions* intermittentes et localisées à la face de 2 à 6 mois; — 3° et 4° deux *jumelles* (1) qui ont trois mois, se portent bien et ne sont pas nerveuses.

Notre malade. — Au moment de la *conception*, pas de misère, bonne entente entre les deux époux. — *Grossesse* : ni chutes, ni coups, mais une *peur* très forte en voyant un accès d'épilepsie, 15 jours avant l'accouchement. L'épileptique, dans sa chute, l'a saisie, elle est tombée, a perdu connaissance, n'est revenue à elle qu'au bout d'une heure et a tremblé le reste de la journée. Pas de syncopes, d'attaques de nerfs, d'albuminurie, d'alcool, d'éclampsie. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme; cependant le travail, non pénible, a duré 25 heures (présentation du sommet). La tête est demeurée 4 heures au passage. Les eaux étaient en très petite quantité. (Il en a été de même à ses autres grossesses). — *A la naissance*, l'enfant était *asphyxiée*, elle serait *restée noire pendant une heure*, elle aurait beaucoup souffert bien qu'il n'y eut pas de circulaire du cordon. — Allaitement au biberon avec du lait de vache. — Première dent à 18 mois; actuellement la dentition n'est pas encore complète.

Les *convulsions* auraient commencé le 3e jour après la naissance. Aussitôt avant, l'enfant aurait poussé un « cri de bête. » La mère dit que les convulsions étaient *limitées au bras droit*, l'autre bras n'avait rien, les jambes n'étaient pas raides. Les convulsions durèrent une demi-heure; elles se reproduisirent plusieurs fois dans la même journée. Les yeux étaient retournés, la langue relevée contre le palais. La malade criait au milieu de ses convulsions, qui ont persisté jusqu'à l'entrée de l'enfant à la Fondation Vallée, avec les mêmes caractères. Il s'y est ajouté des *accès de cris* et de *colères* qui persistent.

Huit jours après la naissance, on s'est aperçu que l'enfant *ne voyait pas*. Depuis les premiers temps de la vie, on a remarqué aussi qu'elle portait fréquemment la main au front comme pour en chasser quelque chose. — Elle têtait souvent sa langue. — Grincements de dents à partir de leur apparition, — La tête, qu'elle *se cognait contre le lit*, paraissait à cette époque proportionnellement plus grosse qu'elle ne l'est maintenant. La *fontanelle* n'est pas encore fermée. — L'enfant ne se sert ni du bras droit, ni du gauche pour tenir les objets. — Jamais depuis la naissance le *sommeil* n'a été calme.

ÉTAT ACTUEL (21 *juin* 1895). — L'enfant est très pâle et a l'attitude d'un enfant souffrant. Ses lèvres sont très décolorées, ainsi que ses conjonctives.

Tête. Cheveux châtains, abondants bien plantés, avec un tourbillon au milieu. — *Crâne* arrondi, à diamètre transversal exagéré, légèrement hydrocéphale. Le front présente une hauteur médiane de 6 cent.; il est bombé et les parties latérales ne sont pas masquées par les cheveux. *Visage* rond sans cicatrices. Arcades sourcilières normales et symétriques. Sourcils très peu abondants, assez bien plantés et de coloration châtain-clair. Paupières régulières et mobiles. Fentes palpébrales de dimension moyenne. — Cils longs, châtain foncé, assez bien fournis. *Yeux* bleus, mobiles dans toutes les directions; ni strabisme, ni exophtalmie; pas de paralysie, de nystagmus. Les pupilles ne réagissent pas à la lumière et tout réflexe oculaire est aboli. *La cécité est complète*. — Le *nez* est légèrement relevé, son extrémité est peu large, sa direction normale. L'odorat semble conservé (?). Pommettes régulières. Sur la joue droite, légère plaque violacée qui repose sur une induration. Pas de ganglions sous-maxillaires du côté correspondant. — *Bouche* petite; lèvres épaisses, décolorées; commissures normales sans déviation. — Les dents sont assez bien plantées; pas de stries. — La langue est normale. Les amygdales sont un peu grosses. — Le menton est rond et symétrique. — *Oreilles* grandes, bien ourlées, lobule à demi adhérent. L'enfant entend un peu; quand on prononce son nom, elle cherche de quel côté on l'appelle. — Elle ne parle pas et pousse quelques gémissements.

Dentition. — Les maxillaires présentent un assez large développement de l'arcade alvéolaire. La voûte palatine offre une légère atrésie. L'évolution dentaire est retardée. L'enfant possède bien ses 20 dents temporaires, mais les dernières molaires ne font encore qu'une légère saillie sur le rebord gingival n'ayant pas achevé leur complète éruption. Les dents de la région antérieure en haut et en bas sont de volume très réduit, tandis que les canines ont absolument le type de dents de chien par le développement exagéré de leurs tubercules. Les tubercules des molaires sont usés par le frottement fréquent et très accentué des molaires correspondantes, l'enfant ayant l'habitude constante de *grincer des dents*.

(1) On ne connaît pas de cas de *gémellarité* dans la famille du père; mais l'arrière grand'mère maternelle de l'enfant a eu deux jumeaux.

Cou, pas de goitre, ni de ganglions ; circonférence : 30 centimètres.

Membres supérieurs. — Bien conformés. Le bras droit présente une raideur que l'on ne retrouve pas au bras gauche. De ce côté, on ne peut pas étendre complètement l'avant-bras sur le bras. La motilité spontanée, normale à gauche, est à peu près abolie à droite, où les doigts sont contracturés et fléchis dans la paume de la main. Du côté gauche, les mouvements spontanés sont conservés, et les doigts ont gardé leur motilité. L'enfant ne se ronge pas les ongles.

Membres inférieurs. — Le membre inférieur gauche est plus long que le membre inférieur du côté droit. Les mouvements de la tête du fémur dans la cavité cotyloïde droite paraissent très douloureux. L'enfant dessine des mouvements nets de défense. On ne constate pas de ganglions dans les aines. — A gauche, on peut fléchir successivement la cuisse sur l'abdomen, la jambe sur la cuisse. A droite, ces mouvements se font aussi mais entraînent de la douleur. On trouve des nodosités, au niveau desquelles la pression est très douloureuse.

La pression des apophyses épineuses des dernières vertèbres cervicales et premières dorsales est très douloureuse et l'enfant pousse des cris. Elle ne peut tenir sa tête droite ; elle se renverse d'elle-même un peu dans tous les sens surtout en arrière.

Thorax. — *Cœur* normal. — *Poumons.* On entend des sibilances au niveau des deux sommets et une respiration extrêmement rude.

Abdomen. — Foie et rate normaux. — La pression dans la fosse iliaque gauche est très douloureuse et arrache des cris à l'enfant. — Appétit médiocre, l'enfant ne prend que des panades et du lait ; elle ne s'aide en rien ; selles régulières mais diarrhéiques. Gâtisme. (*Fig.* 24).

Mensurations des membres (1).

	1895		1896 (Mars)	
	Gauch.	Droit	Gauch.	Droit.
Circonférence au niveau de l'aisselle	18	17	16 5	17 5
— à 0, 5 au-dessus de l'olécr.	14	14	11	11 3
— à 0, 5 au-dessous de —	14	13 5	11	11 2
— au niveau du poignet	10	10	8 7	8 7
— — métacarpe...	14	13	11	11
Distance de l'acromion à l'olécrâne.......	15	14	15	15
— l'olécrâne au cubitus.........	12	11	10 8	10 6
— du cubitus au bout du médius..	19	18	18	19
Circonférence au niveau de l'aine........	25	25	19 2	18
— à 0, 5 au-dessus de la rotule	18	17	13	13
— à 0, 5 au-dessous —	16	15	11 1/2	11 1/2
— au niveau du cou de pied..	13	13	10 7	10 7
— à la partie moyenne du pied	13	13	11 2	11 2
Distance de l'épine iliaque A S au genou.	17	17	18	19 2
— du genou à la malléole externe.	19	19	14 8	15
— de la malléole externe à l'extrémité du médius.........................	10	10	10 2	10 2
Longueur du pied......................	12	10	10 7	11

Organes génitaux. — Grandes lèvres bien développées, petites lèvres triangulaires. Hymen naturel. Rien à la fourchette. — *Région anale* normale ; pas d'hémorrhoïdes.

Sensibilité générale conservée, mais diminuée. — L'enfant ne peut se tenir debout ; tout le côté droit est plus paralysé.

La nuit le sommeil de l'enfant n'est pas régulier. Parfois, elle dort toute la nuit, et toute la journée pousse un cri, toujours le même, monotone et criard ; dans l'intervalle de ces plaintes elle pleure continuellement. — D'autres fois, au contraire, elle dort le jour, et c'est la nuit qu'elle pleure, crie et se plaint. — La *température rectale*, prise matin et soir pendant les cinq premiers jours de l'admission, a oscillé entre 37°, 2 et 36°, 6.

Traitement. — Sirop de raifort iodé, poudre de viande et bains salés.

26 *juillet.* — On remarque que l'enfant rejette son lait aussitôt après l'avoir pris. Elle crie et se plaint toute la journée. La température n'était cependant que de 36°, 36° 8. Mais par trois fois dans la nuit l'enfant a été prise d'un frisson avec refroidissement accentué. On eut de grandes difficultés à la réchauffer, et sitôt revenue à elle, elle se mit à crier.



Fig. 24.

6 *juillet.* — La malade n'a pas de température ; le corps et les extrémités sont froids. Pas d'éruption sur le corps, pas d'angine. La respiration est embarrassée et soufflante des deux côtés. On trouve de gros râles muqueux à droite et à gauche. La sonorité du poumon est légèrement diminuée. Dans la soirée, le corps de l'enfant se réchauffe, sans qu'il y ait de fièvre. Les selles sont régulières.

Traitement : cataplasmes sinapisés et plusieurs fois par jour, frictions avec de l'essence de térébenthine ou de l'eau de vie camphrée. Au bout de deux jours, ces accidents avaient disparu et l'enfant revenait à son état antérieur.

16 *août.* — Revaccination ; résultat négatif.

28 *novembre.* — L'enfant s'affaiblit beaucoup, elle a continuellement de la *diarrhée*, s'amaigrit notablement. — Rien à l'auscultation. — *Matin* : T. R. 37°, 6. — *Soir* : 38°, 2. — Régime lacté.

1896. 23 *mars.* — Depuis le commencement du mois de mars, l'enfant se cachectise de plus en plus. Elle est en proie à une *diarrhée* considérable qui oblige les infirmières à la changer continuellement. Les matières fécales sont verdâtres et décolorées. Cependant la nutrition de l'enfant est complète. Elle boit tous les jours environ un litre de lait. A plusieurs reprises, elle a vomi, mais actuellement elle conserve bien ses aliments.

Aucune réaction aux diverses sensations extérieures ; il faut pincer l'enfant vigoureusement pour qu'elle profère quelque gémissement. Elle est dans le décubitus dorsal, les bras et les mains fléchis sur les extrémités des membres et dans un degré très prononcé de *contracture.* Ce n'est que par un effort violent qu'on peut arriver à redresser le membre contracturé. L'état de maigreur de l'enfant est extrême et la cachexie fait de rapides progrès. Aucun médicament ne peut être supporté.

4 *avril.* — La cachexie va sans cesse croissant. Les membres ont une maigreur squelettique. Les inférieurs conservent une attitude de flexion, avec croisement de la jambe droite sur la gauche. Une contracture difficile à vaincre les maintient dans cette position. Les téguments de la région sacrée sont le siège d'un érythème assez prononcé ; toutefois, il n'y a pas encore d'eschares. L'alimentation est très difficile.

1er *mai.* — L'enfant est dans un état d'affaiblissement extrême ; elle se tient inerte, sans mouvement, dans le décubitus latéral droit, et on perçoit à peine la respiration. L'attitude des membres inférieurs est toujours la même : ils sont contracturés en flexion et croisés l'un sur l'autre. L'enfant réagit à peine aux sensations extérieures. Les bras sont accolés au thorax, les avant-bras à angle droit sur les bras reposent sur la poitrine, les doigts sont légèrement infléchis. La main droite est très fléchie sur le bord cubital, mais non sur l'avant-bras.

(1) Malgré le soin apporté à la prise de ces mensurations, il y a toujours de petites incorrections, car elle ne s'opère point par le même interne.

Les membres inférieurs sont très amaigris et conservent toujours la même attitude. La cuisse gauche est croisée sur la droite à angle droit; elle est contracturée en flexion sur le bassin et offre une résistanec qu'il est impossible de vaincre. Le genou gauche est fléchi à angle droit, et les tendons postérieurs se dessinent sous la forme de cordes saillantes. Le pied gauche est contracturé en extension et la peau de ce pied est cyanosée. Le membre inférieur droit est en extension dans toute sa longueur. Il est encore possible de fléchir la



Fig 25

cuisse droite sur le bassin. Le genou droit est en extension forcée, le pied droit en attitude de valgus équin. La peau est cyanosée. Les réflexes, exagérés de chaque côté, se produisent à la plus légère percussion. Le pouls est faible et ralenti. — Le *poids* de l'enfant est de 7 kilog. (*Fig.* 25).

10 *mai.* — L'état cachectique continue : la respiration devient de plus en plus faible. — *Ophtalmie purulente* : du côté gauche, la paupière est volumineuse, tuméfiée; en la retournant, on y constate du pus ; — du côté gauche, la paupière est peu volumineuse; la conjonctive est injectée. Application continue d'eau boriquée sur les yeux de la malade, et cautérisation au nitrate d'argent.

11 *mai.* — Même état. — L'ophtalmie ne s'accentue pas davantage.

13 *mai.* — L'enfant meurt à 11 heures et demie du soir, sans grimaces, ni secousses. — Température au moment de la mort : 40°.

Température de la salle à	minuit	17°
Température après la mort	2 heures	38°
— —	4 —	34°
— —	6 —	28°
— —	8 —	23°
— —	10 —	17°

Poids après décès : 6 kilog.

POIDS ET TAILLE.	1895	1896.
	Juin	Janvier.
Poids	11 k.	10 k.
Taille	79	79

MESURES DE LA TÊTE.	1895.	1896.
	Juin.	Janvier.
Circonférence horizontale maxima	49	49
Demi-circonférence bi-auriculaire	34	34
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	35	35
Diamètre antéro-postérieur maximum	15.5	15.5
— bi-auriculaire	11	11
— bi-pariétal	14	14
— bi-temporal	11.6	11.6
Hauteur médiane du front	6	6

AUTOPSIE, *faite* 36 *heures après la mort.* — *Tête.* — *Cuir chevelu,* très maigre, pas de trace de graisse. Quand on veut enlever la calotte, la *dure-mère* suit en raison des adhérences. On est obligé de la détacher avec le ciseau. — La *calotte* est très-mince (2 à 3 millimètres au plus), translucide dans la plus grande partie de son étendue. La suture fronto-pariétale n'offre aucune trace de synostose. La *fontanelle antérieure* n'est pas ossifiée, mais elle est réduite à un petit triangle de 6 millimètres sur 3 ou 4. *La suture interpariétale est synostosée dans presque toute son étendue.* A son niveau et sur ses bords, sauf dans son cinquième antérieur, on note un épaississement des os assez prononcé. La calotte ayant été sciée un peu trop haut, on ne peut donner aucun renseignement sur les sutures pariéto-occipitales. On pratique une incision horizontale et on s'aperçoit qu'au niveau de l'occipital, la *dure-mère* est *très épaissie,* et qu'il existe entre le cervelet et l'extrémité postérieure des deux hémisphères, un espace libre rempli de liquide. C'est ce qui nous a amenés à détacher aussi complètement que possible la dure-mère de la base. Dans les manœuvres d'ablation, il s'écoule 330 gr. de liquide mêlé d'un peu de sang. L'encéphale et la dure-mère presque entière, base et convexité, pèsent 750 gr.

La *cavité dure-mèrienne,* dont nous venons de parler, était limitée en avant par les méninges et à ce niveau la dure-mère était remarquablement épaissie, dure, comme cartilagineuse, toutefois sans trace d'ossification. En dedans et en arrière, la cavité était limitée par le cervelet, qui divisait aussi la poche en deux parties symétriques mais communiquant l'une avec l'autre. En avant en haut et en dehors la cavité était limitée par les lobes occipitaux du cerveau. Ceux-ci offrent un aspect gélatiniforme et bosselé. Au doigt, ils donnent une sensation pseudo-cartilagineuse.

On pratique une incision d'avant en arrière sur la duremère, et à la base on note çà et là de petits paquets d'adhérences qui sont très multipliés à la pointe des lobes frontaux. L'encéphale se présente, vu par sa face convexe, sous la forme d'un cœur de carte à jouer. Les lobes frontaux sont atrophiés et les lobes postérieurs, également atrophiés, laissent à découvert presque toute la face supérieure des hémisphères cérébelleux. L'encéphale, débarrassé de la dure-mère, pèse 595 grammes *(Fig.* 26 et 27).

Les *artères* de la base et les *tubercules mamillaires* sont *sensiblement égaux.* Le *pédoncule cérébral* gauche parait plus large et plus épais que le droit. — La *protubérance* est également asymétrique ; du côté gauche, elle est plus bombée qu'à droite. Ces caractères se retrouvent au niveau du *bulbe.* La *pyramide antérieure gauche* est un peu plus épaisse que la droite ; elle est plus *bombée* et plus développée. — Le *cervelet* est petit.

Sur les deux faces, la pie-mère est finement vascularisée, mais à un degré moyen, sauf sur la face convexe des lobes frontaux, où elle l'est à un degré très accusé. Bien que la mort ne remonte qu'à 36 heures, le cerveau est un peu ramolli et a une tendance à se détacher ; aussi le met-on dans le formol.

Hémisphère droit. — On est frappé de suite de l'*atrophie* considérable des deux lobes frontaux. Dans son ensemble, bien que moins long que l'hémisphère gauche d'un demi centimètre environ, l'hémisphère droit semble un peu plus épais et plus volumineux. — La *scissure de Sylvius,* profonde, bien marquée, laisse voir l'insula qui semble normal.

Le *sillon de Rolando* est peu profond. En avant, on trouve sur les circonvolutions frontale ascendante et première frontale, des lésions de *pachyméningite*, qui forment un ilôt allongé et trañsversal, atteignant le sillon de Rolando. Le



Fig. 26.

reste du lobe est bien diminué de volume. — Le *lobe temporal* paraît normal, les sillons et scissures y sont bien accentués. — Sur le *lobe pariétal*, on retrouve également des traces



Fig. 27.

de pachyméningite ; elles sont surtout développées au voisinage du pli courbe où elles forment un sillon large qui se continue avec des traces analogues situées sur la pariétale ascendante. Les *lobes occipitaux* dont nous avons déja signalé l'atrophie, sont durs au toucher, arrondis et bosselés (*Fig.* 9 et 10). Cet hémisphère est un peu plus long que le gauche et son ventricule latéral est dilaté d'une façon uniforme.

Hémisphère gauche. — Il est plus petit que le droit, présente une *scissure de Sylvius* bien marquée. L'insula est normal. Le *sillon de Rolando* est peu profond et élargi. En avant de lui on note une atrophie et un aplatissement du lobe frontal, qui paraît même déprimé et concave au niveau du pied de la frontale ascendante. Sur cette circonvolution on note des plis de passage très nombreux et un peu de pachyméningite à sa partie supérieure. — Le lobe temporal est normal à sa partie inférieure. En suivant la scissure parallèle, d'avant en arrière, on trouve aussi à son tiers postérieur, sous ses deux lèvres supérieure et inférieure, des traces bien nettes de pachyméningite, se présentant comme deux rubans parallèles entre eux et presque parallèles à la scissure. — Au-dessous les dernières *temporales* sont normales. — Le *lobe pariétal* est régulier bien que légèrement atrophié. — Le *lobe occipital* est lisse, régulier ; il est atrophié à sa partie postérieure, mais beaucoup moins que le droit.

Des deux côtés l'ablation de la *pie-mère* occasionne l'enlèvement d'une couche plus ou moins épaisse de la substance grise. Sur presque toute l'étendue des trois faces des lobes frontaux, la substance blanche de la première circonvolution frontale des deux côtés, de la frontale et la pariétale ascendantes gauches, de la circonvolution des lobes olfactifs des deux côtés, la partie antérieure des deux lobes temporaux est complètement mise à nu et se présente sous forme de crêtes indurées et atrophiées. La dénudation de la substance blanche existe sur un plus grand nombre de circonvolutions de l'hémisphère droit que de l'hémisphère gauche. La partie postérieure des lobes temporaux et ce qui représente les lobes occipitaux n'offrent que des lésions de méningite ou de méningo-encéphalite superficielle. — La *glande pinéale* a son volume normal. Le *corps calleux* n'a que deux millimètres d'épaisseur au plus.

Moelle épinière : 27 gr. ; elle présente au niveau de la région dorsale, une légère pigmentation rosée des cordons postérieurs.

Cou. — *Corps thyroïde*, très petit (6 gr.) ; les deux lobes sont séparés sans isthme intermédiaire. Le lobe droit est deux fois plus épais que le lobe gauche. — Pas de traces de *thymus*.

Thorax. — Le *cœur* est petit (30 gr.) ; les valvules sont intactes ; le ventricule gauche est légèrement hypertrophié. Pas d'adhérences du péricarde. — *Poumons* ramassés l'un sur l'autre et très diminués de volume. Le droit (85 gr.) présente une lobulation très nettement accentuée. Au toucher, la consistance est augmentée à la base, et à la coupe on voit des traces de congestion. Le sommet présente des *granulations tuberculeuses*. Le gauche (60 gr.), qui est remarquablement petit, offre les mêmes lésions surtout au niveau de la base.

Abdomen. — *Foie*, très gros (530 gr.) ; violacé, congestionné et très dur. — *Vésicule biliaire*, très dilatée. A la coupe on n'y trouve aucune concrétion. — *Rate*, petite (25 gr.) ; elle est divisée en 3 lobes. — *Reins*, normaux : le gauche pèse 38 gr. ; le droit un peu allongé 40 gr. *Capsules surrénales*, normales. — *Estomac*, plein d'un liquide muqueux, parait légèrement épaissi au niveau de la grande courbure. — *L'intestin grêle* est un peu vascularisé et congestionné et présente dans sa partie moyenne quelques *granulations* de nature *tuberculeuse*.

Réflexions. — I. Il n'existe rien de bien significatif dans les *antécédents héréditaires*.

II. Si l'influence de l'*émotion* vive ressentie par la mère dans le dernier mois de la *grossesse* est sujette à discussion au point de vue de l'étiologie de la malformation du cerveau, il n'en est plus de même de l'action d'*asphyxie à la naissance*, qui a été très prononcée et persistante : c'est à elle qu'il convient de rattacher les *convulsions*, qui ont débuté le troisième jour de la vie.

III. C'est à la fin de la première semaine qu'on aurait

constaté la *cécité absolue* et ultérieurement une série de symptômes qui décelaient une *méningo-encéphalite chronique:* grincements de dents, cognements de tête (krouomanie), sommeil agité, accès de cris, etc.

IV. Le développement de la *méningo-encéphalite* et l'apparition de la *tuberculose* ont amené une cachexie progressive et déterminé en même temps une *contracture* des membres très accusée (*Fig.* 25).

II. Nous avons trouvé dans ce cas une *synostose partielle* des sutures. Elle occupe la suture interpariétale dans presque toute sa longueur. Toutefois la non-ossification des sutures fronto-pariétales et la minceur de la plus grande partie de la calotte crânienne auraient assuré le libre développement du cerveau s'il n'avait été frappé primitivement d'un *arrêt de développement*, s'il n'avait existé une *méningo-encéphalite* presque généralisée et, en outre, une *pachyméningite.* De tous les crânes d'enfants idiots, environ 300, que nous avons réunis dans notre *Musée* de Bicêtre, six autres seulement offrent une synostose partielle analogue à celui de Maq... Rappelons aussi que, bien que l'enfant eut 4 ans, la *fontanelle antérieure* n'était pas encore tout à fait ossifiée.

Rien, par conséquent, du côté du crâne, ne s'opposait sérieusement au développement des lobes frontaux. La *craniectomie* n'aurait pas corrigé l'*arrêt de développement avec malformation du cerveau.* Elle n'aurait pas davantage guéri la *méningo-encéphalite* et la *pachy-méningite.*

V. Les *Fig.* 24 et 25 mettent bien en évidence l'aspect général de l'enfant et donnent aussi une idée exacte des progrès de la *contracture.*

VI. Parmi les accidents qui ont compliqué la situation dans les derniers temps de l'existence, nous devons mentionner des *troubles trophiques* (escharres et ophthalmie purulente.)

VII. L'*hydrocéphalie*, prévue pendant la vie, dès l'admission, était réelle ainsi que le prouve la quantité considérable de *liquide céphalo-rachidien* (330 gr.) recueillie à l'autopsie.

VIII. Nous n'essaierons pas de décrire les hémisphères cérébraux, circonvolution par circonvolution. Les *Figures* 26 et 27, qui donnent une idée exacte de la *malformation* et de l'*arrêt de développement* du *cerveau*, permettent de se rendre compte de l'irrégularité des circonvolutions.

Nous avons dit que les conditions dans lesquelles l'autopsie avait été pratiquée nous avaient obligé de placer l'encéphale immédiatement dans le formol, sans essayer de le décortiquer. Il pesait alors 595 gr. Lorsque la pie-mère a été enlevée, opération qui a entraîné l'ablation d'une partie plus ou moins épaisse de la substance blanche des circonvolutions, l'encéphale ne pesait plus que 415 gr. L'*hémisphère droit* pesait 175 gr. et le *gauche* 165. Dans les diverses manipulations faites au cours de l'examen, il s'est détaché des fragments du cervelet de sorte que son poids n'a pu être noté. Les lésions de *méningo-encéphalite* étaient dans ce cas très étendues et rappelaient les lésions macroscopiques qu'on observe dans la *paralysie générale.* Elles se voient très nettement sur la *Figure* 27. (Cette *observation*, le *crâne*, la *dure-mère*, le *cerveau* ont été présentés à la *Société anatomique*).

OPHTALMOLOGIE

Syphilis oculaire avec albuminurie; pronostic et traitement;

par le Dr Émile BERGER.

D'après la plupart des ophtalmologistes, lorsqu'on se trouve en présence d'une affection oculaire, dont l'origine syphilitique est nettement établie, un traitement mercuriel très intensif s'impose, car, si le traitement n'est pas très énergique, l'organe de la vue peut être très gravement compromis. Les syphiligraphes, au contraire (il y a cependant des exceptions parmi lesquelles nous comptons le Pr Fournier) professent, pour la plupart, l'opinion que la présence d'une affection rénale, qu'elle soit ou non de nature syphilitique, impose un certain ménagement dans le traitement mercuriel, si l'on ne veut pas compromettre sérieusement la vie du malade. Il est donc évident que le traitement d'une affection syphilitique de l'œil, compliquée d'albuminurie, constitue un des problèmes des plus délicats de la thérapeutique. A part la publication que nous avons faite, en 1894, dans la *Revue générale d'Ophtalmologie*, un silence complet règne sur ce sujet dans la littérature médicale.

Les deux observations personnelles, décrites ci-dessous, jointes à une troisième observation que notre éminent collègue, M. le Pr Coppez, de Bruxelles, a bien voulu nous communiquer par lettre, montreront combien la syphilis oculaire avec albuminurie mérite l'attention des cliniciens.

I. — *Rétinite syphilitique avec albuminurie. — Traitement par des frictions mercurielles. — Terminaison de la rétinite par l'atrophie optique; guérison de l'albuminurie.* (Observation personnelle) (1).

Mme E..., 27 ans, de taille moyenne, de bonne constitution, a été examinée par nous, le 3 janvier 1894. Très nerveuse depuis son enfance, réglée à 8 ans, méningisme à 8 ans 1/2, deuxième méningisme un an après. Rougeole. Fièvre thyphoïde à 18 ans; mariée à 20 ans; premier enfant mourut au bout de quelques jours; deux mois avant notre premier examen fausse couche. Depuis lors elle n'a pu quitter le lit, souffre de maux de tête très violents et de vomissements, sa vue baisse. Urines: densité 1017 à 1019, urée en 24 heures 11 gr. 1/2, albumine 12 gr. 1/2 à 14 gr. 1/2 par jour. Pas de cylindres hyalins. Son médecin qui s'occupe de médecine générale constata, à l'ophtalmoscope, une rétinite qu'il suppose de nature albuminurique. Malgré un régime lacté d'une durée de sept semaines et la diminution du taux de l'albumine dans les urines, la vue baisse de plus en plus. Sur la demande de la famille, le cas fut soumis à notre avis.

Résultat de notre examen: pupilles dilatées, la droite un peu plus que la gauche, leur réaction lumineuse affaiblie. Acuité visuelle de l'O. D. 1/5, de l'O. G. 1/2. A l'ophtalmoscope: nombreuses opacités très fines dans la partie postérieure du corps vitré, artères rétrécies, veines dilatées; papille optique hyperémiée, ses limites effacées. Opacité diffuse de la rétine, striée de raies très fines (ce qui indique que l'opacité a son siège principal dans la couche des fibres optiques). Pas de plaques exsudatives ni hémorrhagies. Notre diagnostic fut: rétinite syphilitique. Malgré le médecin de la famille qui connaissait Mme E... depuis sa naissance et nous déclara qu'il n'avait jamais observé, chez cette dernière, d'accidents syphilitiques, nous conseillâmes des frictions mercurielles maniées avec prudence vu l'affection rénale. Le lendemain, le père de Mme E... nous rend visite pour nous avouer que cette dernière a présenté les premiers symptômes d'une syphilis acquise quelques semaines après son mariage. On avait caché ce fait au médecin de la famille et confié le traitement au Dr Brocq.

Le mari de notre malade se présenta chez nous le 17 avril

(1) Observation déjà publiée dans la *Rev. gén. d'Ophtalm.*, 1894, novembre. Nous avons depuis lors revu la malade et nous sommes en état de compléter l'observation.

1894 avec les symptômes d'une ophtalmoplégie interne bilatérale d'origine syphilitique.

Le 18 avril 1894, nouvel examen de Mme E... Pupilles très fortement dilatées, réaction lumineuse très minime. La malade n'a reconnu que la lumière. A l'ophtalmoscope : artères rétiniennes filiformes, veines légèrement rétrécies. Papille optique blanc-jaunâtre, ses limites effacées. On avoue une extrême négligence dans le traitement mercuriel. Nous conseillâmes des injections hypodermiques de strychine et de sels mercuriels solubles, qui furent pratiquées en province. La malade revint ensuite à Paris, où nous l'avons examinée de nouveau le 11 août 1895. On avait pratiqué, chez elle, en dehors des injections de sels mercuriels, des frictions très énergiques. La malade reconnaît les mouvements de la main. A l'ophtalmoscope : atrophie optique. L'examen des urines montra l'absence complète d'albumine.

II. — *Rétinite syphilitique suivie du développement de rétinite albuminurique. — Cessation du traitement syphilitique. — Mort.*

M. le Pr Coppez (de Bruxelles) a bien voulu nous communiquer par lettre les notes indiquées ci-dessous : J'ai observé un cas presque analogue au votre l'an dernier. J'ai soigné un homme, âgé d'une quarantaine d'années, atteint de rétinite *syphilitique*, quand, au cours de la maladie, j'ai vu survenir de violents maux de tête, et, à l'ophtalmoscope, les signes bien évidents monitoires et prémonitoires de la rétinite *albuminurique*. Mon malade est mort quelques mois après cette constatation. L'examen des urines, négatif lors du début de la rétinite syphilitique, révélait, au dernier examen, après constatation de la rétinite albuminurique, la présence d'une grande quantité d'albumine. Est-ce la syphilis qui avait donné lieu à la néphrite ou bien la néphrite n'avait-elle qu'un rapport éloigné avec la syphilis ? Mon sujet serait-il devenu néphritique quand même, s'il n'avait pas eu la vérole, j'en sais rien. Quoiqu'il en soit, quand j'ai constaté les signes incontestables de rétinite albuminurique, j'ai fait cesser les frictions mercurielles, employées depuis trois ou quatre mois.

III. — *Iridochoroïdite syphilitique. Frictions mercurielles supprimées à cause d'une affection rénale. — Guérison de la néphrite. — Amblyopie persistante* (Observation personnelle).

J. P..., 30 ans, jardinier, de Papa (Hongrie). A. P. très malade pendant la première enfance, au moment de la dentition. Ablation des amygdales à 8 ans. Fièvres intermittentes à 15 ans. Bronchites fréquentes. Blennorrhagie avec récidives. — A. H. Père bien portant. Mère rhumatisante, quatre sœurs et deux frères bien portants.

M. le Dr Eudlitz, élève du Pr Fournier, a bien voulu examiner le malade et nous communiquer les notes suivantes : Chancre en 1890, septembre ; à Vienne (Autriche) au mois de novembre, traitement par frictions pendant deux semaines (3 gr par jour). Néphrite. Phlébite consécutive ayant nécessité repos pendant dix semaines. En même temps que la néphrite, roséole. Vers la fin de la phlébite, iritis de l'o. g. — Le traitement avait été suspendu à cause de la néphrite. Salol à l'intérieur.

Il sort de l'hôpital. Quelques jours après, il rentre à cause de ses yeux. JK pendant deux semaines, puis iridectomie de l'o. g. JK pendant deux autres semaines, puis iridectomie de l'o. d. Frictions (1 gr. 50 par jour) pendant deux semaines. Nouvelle opération de l'o. g. Il reste environ dix semaines à l'hôpital. Atropine et IK (1 gr. par jour) pendant un mois. Céphalalgie pendant tout l'hiver, traité par le salicylate de soude chez lui.

En 1892, il va aux bains de Lippik (Slavonie) pendant trois semaines. Puis IK (1 gr. par jour) pendant six semaines. Vertiges. — En 1893, à Buda-Pesth, injections de pilocarpine pendant 15 jours. — En 1894, juillet, frictions (3 gr. par jour) pendant trois semaines. Il cesse à cause de diarrhée.

En 1895, le 13 août, le malade se présente à notre clinique. Nous constatons une irido-choroïdite bilatérale. Acuité visuelle de l'o. d. 1/10, de l'o. g. 1/5. Rien dans les poumons ni au cœur, *pas d'albumine*, anémie. Traitement : sirop de iodure de fer, trois cuillerées par jour. Depuis le 16 août jusqu'au 4 septembre, quatorze injections hypodermiques (0,005 par injection) de cyanure de mercure. Suppression du traitement à cause de coliques et diarrhée.

Le 9 septembre, le malade quitte Paris. Etat général amélioré. Acuité visuelle de l'o. d. 1/8, celle de l'o. g. 1/3,5.

Les affections syphilitiques du globe oculaire peuvent être compliquées d'une albuminurie qui est dûe, soit à la syphilis elle-même, soit à une autre maladie causale. L'affection rénale, provoquée par la syphilis, très bien étudiée en France dans ces dernières années par les Prs Jaccoud (1) et Dieulafoy, peut se développer à des périodes très différentes de la maladie générale. La néphrite précoce de la période secondaire est la plus fréquente, la néphrite tardive (voir notre Observ. I) s'observe moins fréquemment.

Quant à la gravité de l'affection rénale, Jaccoud distingue trois catégories : 1° Dans les cas légers, on ne trouve, pendant un temps plus ou moins prolongé, qu'une quantité variable d'albumine (Observ. I). — 2° Dans une deuxième catégorie, il y a glomérulite avec présence de globules rouges et de cylindres dans les urines (Observ. III). — 3° Dans une troisième catégorie, il y a néphrite aiguë avec anasarque, épanchements dans les cavités séreuses et troubles gastro intestinaux.

Il est évident que les affections de la deuxième et de la troisième catégorie peuvent entraîner le développement d'une rétinite albuminurique qu'on observe d'après Knies (2), surtout dans les périodes plus avancées de la syphilis, où l'affection se présente sous forme d'une néphrite interstitielle, de gommes ou de dégénérescence amyloïde de cet organe. Dans la syphilis précoce où la néphrite peut être aiguë, subaiguë ou chronique, on a observé en quelques cas, l'apparition d'une amaurose urémique (3).

Il y a donc dans la syphilis, des affections oculaires dues à cette dernière maladie, des affections rénales provoquées par la même cause, et enfin des affections oculaires (iritis et rétinite albuminuriques) ou troubles visuels (amaurose urémique) consécutifs à l'affection syphilitique des reins. Il se peut même que le globe oculaire présente en même temps une affection d'origine syphilitique et une autre provoquée par la néphrite qui s'est développée par la syphilis (Obs. de Coppez).

Le *diagnostic différentiel* des affections syphilitiques de l'œil et de celles qui sont dues à une affection rénale ne peut guère présenter de sérieuses difficultés.

L'*iritis albuminurique* (4) est une affection infiniment plus rare que l'*iritis syphilitique*. Knies dit de n'en avoir observé que deux cas. Chez un syphilitique albuminurique, l'iritis est donc dans la presque totalité des cas, provoquée par la syphilis. L'iritis albuminurique n'a rien de caractéristique, mais elle se manifeste avec des symptômes beaucoup plus légers que l'iritis syphilitique, et les adhérences avec la cristalloïde antérieure qu'elle entraîne se rompent plus facilement à l'aide d'un mydriatique que celles de l'iritis syphilitique.

La *rétinite albuminurique* se distingue très facilement de la *rétinite syphilitique*. La première est caractérisée par l'apparition de petites taches blanchâtres ou jaunâtres, situées dans les couches internes de la rétine, apparaissant, au début, surtout dans le pourtour de la papille optique et dans la région de la macula, où elles forment une figure étoilée ; à une période avancée, quelques-unes de ces taches se réunissent et forment des plaques ; ces dernières peuvent d'ailleurs se développer aussi dès le début. Dans la rétinite syphilitique, l'ophtalmoscope nous révèle des troubles diffus : une opacité générale de la rétine, plus prononcée le long des vaisseaux qui donne au fond de

(1) Jaccoud. — *Semaine médicale*, 1894, 13 juin.

(2) Knies. — *Die Beziehungen des Sehorganes und seiner Erkrankungen zu den übrigen Erkrankungen des Körpers und seiner Organe*. 1893, p. 433.

(3) Knies. — *Loc. cit.*

(4) Berger. — *Les maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathogénie générale*. 1892, p. 245.

l'œil un reflet grisâtre ou bleuâtre et des opacités très fines ponctiformes du corps vitré. L'*amaurose urémique* est accompagnée de symptômes généraux si connus, qu'il n'est guère possible à méconnaître sa nature.

Le *pronostic* de la syphilis oculaire avec albuminurie est toujours sérieux et pour la vue et pour l'état général. Les cas sont les plus graves, où l'albuminurie n'est pas d'origine syphilitique. Dans les cas, où la néphrite est due à la syphilis, le pronostic au sujet de la conservation de la vue est toujours très douteux. Le traitement mercuriel devrait forcément, dans ces cas, être manié avec une certaine douceur; il se peut donc que, comme dans notre obs. I, l'affection rénale guérisse, et que la vue se perde, ou bien que la vision soit plus ou moins gravement abaissée (obs. III). Si de tels malades sont soignés, malgré leur affection rénale, avec un traitement mercuriel très énergique, on risque la mort qui peut arriver d'ailleurs malgré la suppression complète du mercure (obs. II).

Le pronostic de la rétinite albuminurique, provoquée par une syphilis rénale, est moins grave que celui de la même rétinite consécutive à une autre maladie (sauf peut-être les cas dûs à la gravidité, cas où l'avortement provoqué donne des résultats favorables). Le pronostic est d'autant plus favorable que l'on a plutôt reconnu la nature syphilitique de l'affection rénale (en une constante réserve cependant pour les cas de syphilis rénale avancée et de dégénérescence amyloïde de cet organe).

Le *traitement* de la syphilis oculaire avec albuminurie demande toute la perspicacité du clinicien. La tâche du médecin est des plus difficiles dans les cas où cette albuminurie n'est pas dûe à la syphilis, ce qu'on ne peut guère déterminer, dans un cas donné, qu'avec une certaine réserve. Dans ces derniers cas, même, des sels solubles de mercure (en injections hypodermiques) exercent une action irritante sur les reins, et l'on sera forcé de les remplacer par le iodure de potassium à haute dose. Un régime lacté très sévère est toujours indiqué dans de tels cas comme d'ailleurs dans toutes les formes de syphilis oculaire avec albuminurie. On fera bien de se servir en même temps d'injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure qui agissent, soit par la dose minime de mercure, soit en facilitant le courant de la lymphe.

Quant au mode du traitement mercuriel, il faut surtout éviter, dans la syphilis oculaire avec albuminurie, les injections hypodermiques des sels insolubles de mercure.

Même chez des individus, dont les reins sont intacts, on a constaté, qu'à la suite de préparations hydrargyriques insolubles, il est survenu de l'albuminurie, et elle se produit, d'après Lewin (1), parce qu'il est impossible de prévenir l'absorption en masse de la substance injectée.

Nous savons qu'employé à haute dose, le mercure a sur les reins une action nocive. En traversant les os, il les dissout et entraîne avec lui une certaine quantité de chaux; cet excès de chaux dans le sang irrite les tubuli contorti des reins et produit une lésion assez semblable à la néphrite parenchymateuse.

Le professeur Fournier donne dans la néphrite syphilitique la préférence aux frictions mercurielles. Nous pourrions citer comme preuve de la guérison d'une albuminurie syphilitique notre observation I, si, d'un autre côté, l'état de la vue de notre malade ne prouvait pas que les frictions, chez elle, avaient été pratiquées avec une énergie insuffisante. La plupart des auteurs, à l'heure actuelle, semblent préférer dans les cas dont nous parlons, les injections solubles de mercure: peptonate, formamide, sublimé, cyanure (Chibret), bi-iodure. Il est bien entendu formellement indiqué à surveiller l'état des reins et à arrêter le traitement mercuriel aussitôt qu'on constate une aggravation de l'albuminurie. Les injections intraveineuses de sublimé, préconisées par Baccelli, sont trop récentes pour que nous puissions nous prononcer sur leurs indications et contre-indications dans la syphilis oculaire avec albuminurie.

(1) Lewin. — *Société de Médecine interne de Berlin*, 1894. 11 juin.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Médecins et Mutualistes.

Les rapports des médecins français en général et des Syndicats médicaux en particulier ne sont pas toujours très chauds avec les Sociétés de Secours mutuels et même la Ligue nationale de la Prévoyance et de la Mutualité. Cependant, jusqu'à présent, la guerre n'a pas été ouvertement déclarée chez nous.

A l'étranger, il n'en est pas ainsi, et déjà en Belgique on s'est aligné en champ clos. La Fédération des Syndicats médicaux du Hainaut, entre autres, vient de se montrer franchement hostile aux tendances des mutualistes. Comme médecin, et comme homme toujours partisan des situations claires et nettes, je ne vois pas d'un très mauvais œil la solution qu'elle a adoptée. « Pas de tarif de faveur aux Sociétés de Secours mutuels, déclare-t-elle ! Consentons seulement à leur délivrer, à l'avenir, moyennant finances, les certificats dont elles auront besoin. » On le voit, cette dernière restriction, en réalité, n'en est pas une ; et, somme toute, on refuse tout terrain d'entente.

Si nous transportions la discussion sur le terrain politique, il y aurait peut-être quelques restrictions à faire, et sans doute il vaudrait mieux, au moins dans notre pays, ne pas s'insurger aussi brutalement. Mais ici nous devons être d'abord médecin et en tous cas ne considérer que l'intérêt du corps médical. En restant sur ce domaine très limité, faut-il engager nos confrères à imiter les Belges ? L'*Union des Syndicats médicaux de France* pense que non et le dit très franchement par son organe officiel. Elle croit que les médecins n'ont qu'à y perdre, s'ils déclarent ainsi la guerre à des Associations puissantes et préfère rester en négociations courtoises avec la Ligue de la Mutualité. Il est certain que si nous ne nous sentons pas les coudes et si nous ne nous entendons pas, nous ne sortirons pas vainqueur de la lutte. L'ennemi nous attaquera au défaut de notre cuirasse, l'*invidia medicorum*.

Mais, solidement unis, nous pouvons par contre lutter vigoureusement et résister avec quelques chances de succès. Songeons donc que presque toutes les Sociétés de Secours mutuels — je ne dis pas toutes, pour tenir compte des très rares exceptions, — ne vivent guère que grâce à une exploitation en coupe réglée du corps médical ! Autant, personnellement, je suis partisan du système des Sociétés d'Assurances, etc., qui donnent un droit véritable à tout adhérent à une combinaison quelconque, versant une somme d'argent variable et bénéficiant de la mise en commun de capitaux importants ; autrement dit, autant je suis partisan de l'*exploitation de l'argent, c'est-à-dire de capitaux mis en commun*, autant il me répugne de voir les associations baser leur existence sur l'exploitation de certaines professions et de certains hommes en particulier, en abusant de leur pouvoir, sous prétexte de *charité* et même d'*assistance*.

Ici, en effet, c'est la Force qui prime le Droit; c'est le Nombre qui fait loi et devient le Maître. L'homme n'est plus qu'un outil, qu'un objet matériel. L'homme de valeur est rabaissé et le médiocre élevé, cela au

détriment de tous. Un sou est un sou; un louis est toujours un louis, de quelque bourse qu'il vienne. Donc rien de plus juste et de plus social que de réunir tous ces sous, tous ces louis en un magot unique : ce qui permet de faire de grandes, de bonnes et belles choses.

Mais le premier homme venu n'est pas l'égal d'un autre homme quelconque, et, pour ne pas sortir de notre milieu, il y a médecin et médecin. Laissons à chacun sa valeur et sa liberté, tant qu'elles ne peuvent nuire au prochain; mais surtout ne lui enlevons pas un morceau de sa liberté — si petit soit-il, — sous prétexte qu'elle rend au voisin un service dont, en somme, il peut se passer.

Vous voulez des Sociétés de Secours mutuels. Rien de mieux. Vous apportez par l'existence même de cette société à un épicier, à un médecin, une certaine clientèle; mais ne demandez au médecin qu'une remise *absolument analogue* à celle que vous fait l'épicier. Mettons 5 0/0 ou 10 0/0 sur les *bénéfices ordinaires*; mais n'allez pas plus loin; sinon vous commencerez à l'exploiter, à abuser du monopole. Et surtout laissez aux médecins et aux malades le soin de s'entendre à leur guise.

Mais alors, dans ces conditions, il n'y a plus de Sociétés de Secours mutuels capables de vivre? Je n'en disconviens pas. Il faut donc mourir? Eh bien, mourez! Moi, médecin, je n'y vois pas d'inconvénients. A vous, philanthropes, de trouver autre chose, une autre combinaison. Quand une machine est usée, quand un organisme est devenu fossile, il n'y a plus qu'à inscrire son fonctionnement ou son existence passée sur les tablettes de l'Histoire et à laisser la parole au Progrès social. Ce dernier se chargera parfaitement de trouver un remplaçant au défunt respecté. Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 septembre 1896. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Les impuretés de l'alcool.

M. RICHE fait connaître certains travaux importants du Congrès international de Chimie. L'alcool éthylique, exempt d'impuretés, est fade et sans odeur. Aussi les eaux-de-vie doivent-elles nécessairement, pour être acceptées des consommateurs, mêlées d'alcools impurs. La quantité maxima devrait être de 2 gr. par litre. Mais certaines eaux-de-vie de marc renferment jusqu'à 8 gr. d'impuretés par litre. Au-dessus de 2 grammes d'impureté, les alcools, les anisettes, les absinthes devraient être saisis comme en Belgique. Dans ce pays, on saisit les produits renfermant des charlignes, de l'acide salicylique, de l'essence de Mirbane. En Suisse, où le monopole de l'alcool existe, on a dû renoncer à donner de l'alcool absolument pur, mais la rectification ne laisse qu'un gramme cinquante d'impuretés par litre. A défaut d'analyse quantitative, longue et compliquée, la recherche des aldéhydes et surtout de l'acroléine constitue un premier élément de valeur. Mais on n'oubliera pas que le danger consiste encore plus dans la quantité que dans la mauvaise qualité de l'alcool ingéré. Un préjugé très fâcheux, trop répandu dans le public, est que les bons alcools peuvent être consommés, même en abondance, sans danger.

L'œuvre de Quesnay.

M. FERRAND lit un travail sur l'œuvre médicale de Quesnay, dont la statue vient d'être récemment inaugurée à Méré, près Montfort-l'Amaury.

Séance du 15 *septembre*. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

L'Académie est en ce moment éprouvée d'une façon particulièrement cruelle. Après M. Nicaise et M. Lagneau, elle vient de perdre, presque à quelques jours de distance, un de ses membres les plus aimés et les plus assidus, M. le Dr Rochard. Malgré ses 76 ans, M. Rochard occupait une place de premier ordre dans toutes les discussions de l'Académie, en particulier dans toutes celles qui avaient trait à l'hygiène. Le dernier volume de son Encyclopédie d'hygiène, l'œuvre capitale de la fin de sa vie, est d'ailleurs paru il y a trois mois à peine. M. Rochard ayant été président de l'Académie, la séance a été immédiatement levée en signe de deuil (Voir p. 197). A.-F. PLICQUE.

REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

VII. — Etude clinique des formes pseudo-phymiques de la grippe; par EGGER. — Th. Lyon, 1894.

VII. — Si depuis longtemps les cliniciens avaient été frappés de la difficulté du diagnostic entre la grippe et la tuberculose. Teissier le premier insista sur certaines formes cliniques de la grippe qui en imposent presque toujours pour de la tuberculose. La fièvre est vive, atteignant et dépassant 39°, la bronchite se généralise avec prédominance aux sommets, l'expectoration devient mummulaire, les sueurs profuses, l'amaigrissement marqué et souvent les hémoptysies forment un tableau tel, qu'il est bien difficile de ne pas songer à une infection tuberculeuse. Egger, dans son mémoire très étudié reconnaît diverses formes cliniques à cette grippe peudophymique : parfois la maladie simule la tuberculose pulmonaire à forme de phtisie galopante ou à forme bronchopneumonique; d'autres fois, c'est une forme pneumonique qui a été observée ; la forme granulique fournit quelques exemple frappants; enfin il faut ajouter les phénomènes de pleurésie qui sont fréquents dans la grippe. De par la clinique seule, le diagnostic est très difficile, sinon presque impossible à faire : la recherche des bacilles de Koch s'impose dans tous ces cas ; ils font toujours défaut dans la grippe pseudo-phymique.

A côté de ces formes, il est une variété sur laquelle nous aurions été heureux de voir l'auteur insister : nous faisons allusion à ces faits cliniques où la maladie prend les allures d'une bronchite aiguë, avec prédominance au sommet; assez vite les phénomènes aigus s'apaisent ; mais le malade continue à tousser, il crachote et maigrit; l'engorgement du sommet du poumon persiste, on craint l'évolution d'une tuberculose; mais au bout de quelques mois, les phénomènes se calment, la congestion pulmonaire disparaît et le malade guérit : jamais on ne rencontre de bacilles de Koch. Ce sont là des formes d'évolution très rares, mais fort intéressantes.

Quoi qu'il en soit, le travail de M. Egger est très important. Il met au point une question de première nécessité à bien connaître pour le praticien, qui tient à éviter une erreur de diagnostic et de pronostic et à être vraiment utile à son malade.

VIII. — De l'oxalurie; par Michel GANEA. — Thèse Paris, 1895, Jouve.

VIII. — L'acide oxalique que l'on peut rencontrer dans toutes les urines à l'état d'oxalate de chaux, peut s'y montrer en quantité exagérée. Cette hyperoxalurie a été rencontrée dans le diabète (fort rarement), dans l'ictère, chez certains neurasthéniques et surtout dans certains troubles digestifs. Cet excès d'acide oxalique paraît être intimement lié aux troubles de l'appareil digestif.

L'oxalurie idiopathique n'existerait pas : tous les symptômes qu'on lui a attribués appartiennent à la neurasthénie ou à certains états de dégénérescence. Il n'y aurait pas davantage d'oxalurie alimentaire. L'hyperoxalurie, à moins quelle n'atteigne un degré considérable, n'a pas grande signification pathologique. Elle peut aboutir, mais non forcément, à la lithiase oxalique.

IX. — Des troubles chroniques de la circulation et de leur traitement par les bains chauds à 30° Réaumur; par A. Hogerstedt. — Wienecke, Saint-Pétersbourg, 1895.

IX. — L'auteur a soigné treize malades par les bains complets tempérés à 30° R. Les faits observés peuvent se diviser en deux groupes suivant que l'insuffisance cardiaque était liée ou non à une lésion valvulaire. Dans tous les cas, les bains ont fait baisser la pression sanguine. La diminution de pression a été moins accusée surtout dans les cas où il existait une artério-sclérose très prononcée et très étendue. Cet abaissement de la pression était aussi plus prononcé quand les troubles de compensation étaient eux mêmes moins profonds. Une heure après le bain, la pression reprenait son niveau; elle y revenait d'autant plus vite que la compensation s'exerçait mieux. Dans la majorité des cas, la fréquence du pouls augmente; dans deux cas elle diminua. En même temps que la tension artérielle diminue, l'amplitude du pouls augmente. Enfin la fréquence de la respiration s'accroît.

X. — Etude clinique et statistique sur l'épidémie de variole de Trieste, de 1892 à 1894; par Al. De Manussi. — Trieste, Mortena, 1895.

X. — Pendant l'épidémie, qui commença en novembre 1892 pour finir en juillet 1894, 764 personnes furent atteintes, 351 hommes et 413 femmes. Sur ce chiffre, 620 guérirent. Sur ces bases très étendues, l'auteur établit une statistique très complète et très fouillée : successivement il étudie l'importance de la vaccination, 459 de ces malades avaient été vaccinés. La mortalité des non vaccinés fut de beaucoup supérieure à celle des vaccinés (32.7 au lieu de 9.1.) L'étude de la revaccination fut impossible à faire. Toutes les formes de la maladie furent observées : varioloïde, variole vraie, variole confluente, variole hémorrhagique, purpura varioloïque. Les malades furent hospitalisés à toutes les périodes de leur affection. L'auteur étudie l'influence des maladies infectieuses antérieures; puis la durée de la maladie chez ceux qui guérirent et chez ceux qui succombèrent; la répartition géographique des cas et la profession des malades.

A cette étude statistique fait suite une étude clinique des plus complètes, véritable monographie de l'affection. L'auteur dans un tableau d'ensemble récapitule les phénomènes morbides observés chez ses malades. Puis, successivement, il étudie la fièvre, les altérations de la peau (sueur, couleur, prurit, pétéchies et ecchymoses, exanthème initial, séborrhée, œdème, furoncles, phlegmon, panaris, érysipèle, gangrène, décubitus), les phénomènes présentés par les muqueuses (exanthèmes, hémorrhagie, diphtérie, croup et catarrhe); les organes digestifs, la rate, les organes respiratoires, les phénomènes nerveux, les organes uropoiétiques et sexuels, les organes des sens (yeux, oreilles). Quelques remarques sur l'évolution, le diagnostic, le pronostic et le traitement complètent cette étude très consciencieuse, clairement exposée, et remplie de remarques intéressantes. Un tableau résume les lésions observées aux autopsies.

XI. — Précis de la vaccine et de la vaccination moderne; par Hublé. — Soc. d'Edit. scientif., 1896.

XI. — Petit manuel pratique résumant l'état de nos connaissances sur la vaccine et la vaccination. L'auteur, pour bien poser le problème, commence par établir et discuter les théories émises pour expliquer les moyens de défense de l'organisme contre les microbes envahisseurs; l'étude de l'immunité constitue un annexe tout naturel de ce chapitre. L'auteur se trouve ensuite amené à étudier la nature du vaccin, à discuter l'identité, soutenue par divers auteurs, de la vaccine et du vaccin. Puis il termine en donnant les moyens de conserver le vaccin.

A cette étude, plutôt théorique et scientifique, succède la partie vraiment clinique et pratique. Dans une série de petits chapitres, clairs et précis, l'auteur étudie les conditions capables d'influencer la culture du vaccin. Les unes sont intrinsèques et tiennent à l'âge du malade, à son hérédité; d'autres sont extrinsèques et relèvent des conditions extérieures (lumière), de la qualité et de la nature du vaccin. (De là, une série d'applications pratiques sur la culture, la récolte et la conservation du vaccin), enfin de la méthode employée pour vacciner. Ici l'auteur passe en revue avec un sens critique très grand, et une connaissance parfaite sur ce sujet, toutes les méthodes préconisées : il recommande un procédé mixte tenant à la fois des incisions et du grattage. Les derniers chapitres sont consacrés aux précautions antiseptiques consécutives à la vaccination et à l'évolution de la vaccine chez l'homme. Ecrit simplement sans digression, par un médecin habitué à la vaccination, ce manuel est appelé à rendre de réels services au praticien.

XII. — Pathologie de la vaccination; par Furst. — Berlin, O. Coblentz, 1896.

XII. — Dans un grand nombre de cas, la vaccine évolue normalement, sans accident : le vacciné ne s'en aperçoit pour ainsi dire pas. Mais à côté de ce cas heureux, qui n'a vu des cas désastreux, des conséquences épouvantables parfois de la vaccine. Les manuels et les traités consacrent tous de longs chapitres à ce sujet si important. L'auteur, dans une monographie des plus complètes, étudie d'une vue d'ensemble toute cette pathologie de la vaccination. Cette brochure se remarque par la précision et l'abondance des renseignements qu'elle contient, et surtout par l'ordre que l'auteur a mis à exposer et à classifier toute cette symptomatologie si complexe. Très logiquement, il divise les phénomènes pathologiques en deux grands groupes. Le premier contient toutes les anomalies et manifestations morbides consécutives à la vaccination. L'auteur y distingue trois ordres de faits : les uns tiennent à une auto-inoculation les secondes comprennent les anomalies locales, au point inoculé (érythème vaccinal lymphadénite, confluence, cicatrisation retardée ou anormale, kéloïde, etc.); le troisième chapitre est consacré aux anomalies générales (fièvre élevée, éruptions généralisés, et particulièrement les inoculations concomitantes d'autres infections, tuberculose, syphilis, etc). Le second chapitre est consacré aux infections primaires et secondaires pouvant compliquer la vaccination, l'auteur étudie d'abord les dermatoses puis les autres manifestations infectieuses. Un chapitre extrêmement complet contient toute la bibliographie de la question et termine cette très substantielle monographie.

XIII. — Etudes sur la malaria; par G. Baccelli. Trad. allemande, 1895. — Berlin, Karger.

XIII. — L'Italie est une des parties de l'Europe, où l'impaludisme sévit avec le plus de rigueur. La malaria y est endémique et son étude s'impose aux médecins de ce pays. Le Pr Baccelli a rassemblé les divers travaux qu'il a publiés successivement sur ce sujet. Le premier (1866) s'occupe de la fièvre subcontinue. Le point le plus intéressant de ce travail est celui où l'auteur nie l'existence de la pneumonie intermittente. Le second mémoire (1869) traite de la perniciosité. L'auteur pressent déjà toute la synthèse de la question : le germe morbide et le terrain. Il reconnait 5 formes cliniques à la pernicieuse; et étudie les symptômes faisant présager l'imminence de la mort. Les formes larvées ne lui échappent pas, formes où le facteur individuel joue un rôle si considérable que l'auteur met nettement en lumière. — Le chapitre suivant est consacré à une vue d'ensemble de la malaria ou l'auteur rassemble les grandes lignes cliniques et les points principaux du diagnostic. — En 1875, l'auteur étudie la fièvre subcontinue typhoïde exceptionnelle et où divers éléments morbides entrent simultanément en jeu. — Le cinquième mémoire (1879) est la mise au point de la pathologie malarique et l'exposé des recherches de Tomasi-Crudeli et de Marchiafava et Celli. — Le chapitre suivant est consacré aux résultats thérapeutiques obtenus par les injections intraveineuses de quinine. — Le dernier mémoire (1892) est un chapitre de pathogénie, telle que permettent de la comprendre les recherches les plus modernes de Laveran. L'ouvrage se termine par les résultats des recherches expérimentales sur la malaria. Ce recueil est intéressant par ce fait qu'il permet de suivre l'évolution des idées sur la malaria, exposées par un des hommes qui ont le plus contribué à la faire connaître.

XIV. — La malaria; par M. le Pr G. Baccelli. — Roma, 1896.

XIV. — Ce mémoire est en quelque sorte la mise au point

de l'état actuel de la question, et résume les idées émises dans le volume précédent. Il présente la conception actuelle du sujet, tel que permettent de le comprendre les recherches les plus récentes de Golgi, de Klebs, de Tomasi-Crudeli.

XV. — Le paludisme; par M. Dubergé. — Soc. d'Editions scientifiques.

XV. — L'auteur présente surtout un volume pratique. La prophylaxie et le traitement de la malaria sont les seuls points que l'auteur ait en vue. Ayant vécu longtemps dans les pays où la malaria est endémique, ayant été aux prises avec les formes si multiples et si complexes souvent de la maladie, M. Dubergé offre le résultat de son expérience et de sa pratique. Ce livre s'adresse surtout aux médecins qui pratiquent en pays palustres à qui il est destiné à rendre les plus grands services. Tout d'abord, pour quiconque va habiter en pays à malaria, une première préoccupation se pose ; échapper à l'affection. Comment devient-on paludique? Par quelles précautions peut-on éviter la maladie ? Quelles sont les règles hygiéniques et thérapeutiques à suivre? Tels sont les points que l'auteur aborde d'abord. Puis viennent quelques notes très intéressantes sur la malaria nautique et le paludisme héréditaire. Malheureusement bien peu échappent à la maladie et le traitement est le point capital du volume. L'auteur étudie dans tous ses détails le mode d'emploi du quinquina et de ses dérivés et ses succédanés, et ce dans toutes les variétés de fièvre intermittente, simple, pernicieuse ou cachectique. L'importance de ce manuel n'échappera à personne. Jadis limitée à certains pays, la fièvre intermittente, en ce temps d'expansion coloniale, se multiplie de plus en plus. Chacun de nous aura certainement affaire avec elle. Il faut que chacun de nous sache la dépister et la traiter. C'est ce résultat que cherche et qu'atteint l'auteur.

Ch. Mirallié.

REVUE D'OPOTHÉRAPIE

I. — Le sérum antituberculeux et son antitoxine; par T. Maragliano. — *Presse médicale*, Paris, 10 juin 1896, n° 47, p. 723-274

I. — M. Maragliano expose dans cet article la méthode employée pour la préparation du sérum antituberculeux et expose ses recherches sur l'antitoxine que renferme ce liquide.

Pour l'obtenir, on inocule à des animaux les substances toxiques tirées des cultures virulentes de tuberculose humaine. Ces matériaux toxiques sont préparés en deux groupes distincts : 1° D'abord on concentre la culture à 100°, au bain-marie ; puis on la filtre au Chamberland, comme on le fait pour la tuberculine. On obtient un liquide A. 2° On filtre au Chamberland la culture non chauffée et la concentre dans le vide à 30° ; on se procure ainsi un autre liquide B.

On inocule ensuite aux animaux qui doivent fournir le sérum (ce sont en l'espèce des chevaux) un mélange formé de trois parties du liquide A et d'une partie formé de B. On injecte au début 2 milligrammes du mélange par kilogr. de poids d'animal et augmente ensuite d'un milligramme par jour et kilogr. jusqu'à 40 à 50 par kilog. Après quoi, on inocule toujours la même quantité pendant six mois. A ce moment l'animal est immunisé, car il résiste à l'inoculation de quantités considérables de matériaux toxiques et à des injections de cultures très virulentes tuant les témoins.

On attend alors trois ou quatre semaines, après cessation des injections, qu'il n'y ait plus en circulation de matériaux toxiques, puis pratique une saignée, qui donne le sérum antituberculeux.

Ce sérum contient des antitoxines spécifiques, neutralisant l'action des poisons tuberculeux. On le démontre facilement par l'expérimentation sur des cobayes sains, sur des cobayes tuberculeux et même sur l'homme atteint de tuberculose, comme l'a répété le professeur de Renzi à la clinique de Naples. Ce sérum est de plus bactéricide, *in vitro*, vis-à-vis du bacille de la tuberculose. Et, qui plus est, on peut déjà doser la puissance antitoxique du sérum, grace au procédé Maragliano : ce que n'ont pas obtenu jusqu'ici MM. Babès et Behring.

Les recherches dont il est question dans ce travail sont au cours depuis quatre ans et ont porté sur plus de 2,000 cabayes. Elles ont été faites en collaboration avec le Dr Lucatello et et plusieurs assistants de la clinique de Gênes.

II. — Infezione tubercolare; par Eugenio Terrile. — *Gazetta degli ospedali e delle cliniche*, Milano, 1896, 23 août, N° 101, 1059-1060.

II.—La fièvre dans la tuberculose pulmonaire a une signification importante en ce qui concerne le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique. En faisant abstraction des causes multiples, susceptibles de causer la fièvre, il est hors de doute que le diagnostic et le pronostic seront différents, quand on se trouve, en présence d'un tuberculeux ayant une fièvre très forte. La thérapeutique peut alors subir des modifications essentielles suivant la température du malade ; l'emploi de certains moyens et le choix de certains séjours sont eux-mêmes en rapport avec celle-ci. Les troubles gastriques multiples, qui sont une conséquence des hautes températures, ont toujours des effets plus graves dans la tuberculose pulmonaire. C'est pour cela que la suppression totale de la fièvre, chez un malade qui en souffre fortement, est un triomphe thérapeutique des plus importants dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, bien que les phénomènes pulmonaires subsistent.

Pendant l'année scolaire 1895-1896, beaucoup de cas de tuberculose pulmonaire ont été traités à la clinique du Pr E. Maragliano (de Gênes), par la sérothérapie Maragliano, dans lesquels on a réussi à supprimer des fièvres qui dataient de longtemps. L'auteur cite le cas d'un sujet de 38 ans, syphilitique depuis l'âge de 20 ans, atteint de broncho-pneumonie à forme ulcéreuse à droite, chez lequel, sous l'influence d'un traitement intensif par la sérothérapie antituberculeuse, une fièvre continue, de date fort ancienne, disparut sans jamais reparaitre. Avec la disparition de la fièvre on put constater celle de de phénomènes locaux qui, sinon d'une façon absolue, contribuaient certainement à la permanence de l'état fébrile. L'individu présentait des foyers de sclérose à gauche. Sous l'influence du traitement, les phénomènes broncho-pneumoniques accessoires et les signes d'une bronchite diffuse disparurent les premiers, puis les bacilles de la tuberculose, ainsi que toutes les traces d'associations microbiennes dans les expectorations, enfin l'expectoration elle-même.

Ce cas, comme beaucoup d'autres observations de la clinique de Gênes, démontre clairement que dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par la sérothérapie de M. le Pr Maragliano, à doses intensives ou non, on peut obtenir la suppression complète et permanente d'une des complications les plus graves dans le cours de cette maladie, c'est-à-dire de la fièvre.

CORRESPONDANCE

Les tables de régime dans les villes d'eaux.

Nous recevons la lettre suivante :

Pougues (Nièvre) le 31 juillet 1896.

Monsieur le Rédacteur en chef et très honoré Confrère,

Nous vous serions très reconnaissants de vouloir bien accorder aux quelques lignes qui suivent l'hospitalité de votre estimable journal.

Tous ceux qui s'intéressent à la prospérité de nos stations thermales françaises s'étonnent, à bon droit, de ne pas y voir fonctionner ces « tables de régime » qui sont un des principaux éléments du succès croissant des grandes villes d'eaux d'Allemagne et d'Autriche. Il est bien certain, en effet, que sans un régime rationnel, un très grand nombre des cures d'eaux sont condamnées à rester stériles ou, tout au moins, à ne pas rendre — tant s'en faut — leur maximum d'effet. Cela est surtout vrai des eaux minérales qui s'adressent spécialement aux maladies de la nutrition.

Il nous a semblé, en conséquence, qu'il fallait rompre avec les errements actuels. Aussi, unis comme tous les médecins doivent l'être quand il s'agit du bien des malades et de l'avenir de la profession, venons-nous d'organiser dans notre station des « tables de régime » appropriées aux maladies que l'on adresse plus spécialement à nos sources.

Il nous paraîtrait opportun, pour ne pas dire urgent, que nos

confrères des autres villes d'eaux marchassent dans la même voie. En les y incitant, et en portant à leur connaissance l'initiative que nous avons cru devoir prendre, vous rendriez un signalé service aux stations thermales françaises, qui représentent une part importante de la richesse nationale, qui répondent au moins aussi bien que toutes les stations étrangères aux multiples indications des affections diathésiques et des maladies chroniques, mais qui ont peut-être besoin de se secouer un peu, de faire acte d'initiative et de ne pas s'endormir sur l'oreiller du passé.

En vous remerciant bien sincèrement de votre hospitalité, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, l'expression de nos sentiments confraternels les meilleurs.

Drs MIGNOT, JANICOT, BOVET,
FAUCHER, HÉRARD DE BESSÉ.

Nous ne pouvons qu'appuyer de toutes nos forces les efforts de nos confrères et engager les médecins d'eaux à suivre l'exemple de ceux de Pougues. M. B.

VARIA

Hospices civils de Marseille.

Concours d'élèves en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux. — Le lundi 30 novembre 1896, à 8 heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour sept places d'élèves internes. Le lundi 7 septembre 1896, à 8 heures du matin, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour douze places d'élèves externes. Ces deux concours auront lieu devant la Commission administrative assistée d'un jury médical. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence. Les candidats pour le premier concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

Épreuves du premier concours. — 1. Pathologie médicale et chirurgicale (épreuve écrite ; deux questions). Cette épreuve est éliminatoire et aura lieu au commencement du concours. Ne seront admis à prendre part aux autres épreuves que les candidats qui auront obtenu la moitié plus un du nombre de points fixé à 30 pour cette épreuve. — 2. Préparation anatomique. Au cours de cette épreuve les candidats rendront compte de leur dissection sans interruption et sans sortir de l'amphithéâtre. — 3. Question d'anatomie et de physiologie (épreuve orale). — 4. Rédaction de deux observations, l'une de médecine, l'autre de chirurgie. — 5. Trois questions dites de garde : chirurgie, médecine, pathologie spéciale (accouchements et syphilis). Ces questions seront traitées de vive voix après cinq minutes de réflexion.

Épreuves du deuxième concours. — 1. Pathologie chirurgicale élémentaire (épreuve écrite). Comme pour le concours de l'internat, cette épreuve sera éliminatoire et les candidats qui n'auront pas obtenu la moitié plus un du nombre de points fixé à 30 ne pourront prendre part aux autres épreuves. — 2. Anatomie (ostéologie, myologie) (épreuve orale). — 3. Bandages et petite chirurgie. — Après le rapport du jury d'examen, la Commission administrative nommera les élèves. Les élèves nommés entreront en exercice le 1er janvier 1897. La fin de leur exercice est fixée au 31 décembre 1900 pour les internes et au 31 décembre 1899 pour les externes. Les élèves internes seront logés, nourris, éclairés et chauffés dans les hôpitaux. Ils recevront un traitement de : la première année, 360 fr ; la deuxième année, 420 fr., la troisième et la quatrième année, 480 fr.

Les étudiants en médecine étrangers à Marseille, qui viendront prendre part au concours de l'internat recevront de plus une indemnité de voyage réglée comme suit : Les frais de voyage pour l'aller (deuxième classe), seront remboursés aux étudiants nommés élèves internes. Les frais de voyage pour l'aller et le retour (deuxième classe) seront payés à l'étudiant étranger qui arrivera le premier après les élèves nommés internes. Les élèves externes devront tenir les cahiers de visite ; ils recevront à cet effet une indemnité de 300 fr. par an. Les candidats prendront connaissance, au secrétariat de la Commission administrative, du règlement intérieur des hôpitaux, ainsi que de celui spécial au service de santé. Ils seront tenus, en cas de nomination, de se conformer à toutes les dispositions desdits règlements en ce qui les concerne et aux modifications qui pourraient y être apportées pour le bien du service. Tout élève, interne ou externe, qui se pourvoira, pendant la durée de ses fonctions, d'un diplôme universitaire qui lui donnerait le droit d'exercer la médecine (docteur ou officier de santé), sera par ce seul fait démissionnaire de sa qualité d'élève.

Nota. — Bien que le concours de l'internat soit annoncé pour sept places et celui de l'externat pour douze places, ce nombre pourra être diminué ou élevé si la Commission le croit nécessaire.

Monument Alphonse Guérin à Ploërmel.

Ploërmel possède désormais le monument d'un chirurgien bienfaiteur de l'humanité, Alphonse Guérin.

C'est sur une petite place ombragée de marronniers, à l'endroit même où Alphonse Guérin jouait enfant, dans un coin d'intimité calme où les souvenirs semblent être demeurés, immobiles et graves comme des menhirs, que se dresse le délicieux monument, dû à la collaboration de M. Georges Bareau et de l'architecte Duménil. C'est, sur une stèle élancée et d'une ligne exquise, le buste du célèbre chirurgien, pétillant de vie, d'intelligence souriante et puissante. A mi-hauteur, assise sur le socle, une Gloire inscrit sur ses tablettes : « Pansement ouaté, 1870. » Un bas-relief, d'une rare vigueur, représente Alphonse Guérin appliquant dans une salle d'hôpital son pansement, qui sauva la vie de tant de blessés pendant la guerre. Ce monument, remarquable à tous égards, a été inauguré le 13 septembre. La postérité était représentée par de nombreuses notabilités médicales, des poètes, des artistes et une foule sympathique de compatriotes bretons. Le Pr Guyon, membre de l'Institut, présidait la cérémonie. On remarquait autour de lui M. Armand Dayot, inspecteur des beaux-arts, président de l'Association des Bretons de Paris, à laquelle revient l'initiative de ce monument, M. le Préfet du Morbihan, MM. Le Coupanec et de Grandmaison, députés, M. Guérin, conseiller honoraire à la Cour de cassation, frère de l'illustre défunt, les Drs Mercklen, Kirmisson, Griffon, interne à l'Hôtel-Dieu de Paris, Mossé (de Toulouse), Blin, Aubrée, professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes, de Closmadeuc et Blanche (de Vannes), Segard, représentant le corps médical d'Indre-et-Loire, Cornudet, Danet, etc., MM. Fabre, sous-préfet, Goupil, maire, et toutes les notabilités de Ploërmel, de nombreux membres de l'Association des Bretons de Paris.

A onze heures du matin, un banquet a réuni à l'hôtel de ville toutes ces personnalités auxquelles s'étaient jointes de nombreuses personnes de Ploërmel. A deux heures, sur la petite place très artistement décorée, garnie à profusion de fleurs, de verdures, de tentures et de drapeaux, l'inauguration du monument a eu lieu en présence d'une foule considérable. M. Armand Dayot, au nom de l'Association des Bretons de Paris, a prononcé un excellent discours en remettant le monument à la ville de Ploërmel. M. Goupil, maire de Ploërmel, a remercié, en prenant possession du monument. M. le Pr Guyon a prononcé un remarquable éloge de la vie et de l'œuvre de son illustre collègue. M. le Dr Merklen, au nom des élèves du maître, M. le Dr Aubrée, au nom de l'Ecole de médecine de Rennes, M. le Dr de Closmadeuc, au nom de la Société médicale du Morbihan, M. le Dr Segard, au nom du corps médical d'Indre-et-Loire, Frédéric Guérin, au nom de la famille, ont pris tour à tour la parole. Puis MM. Léon Durocher et Verchin ont dit au pied du monument des strophes vibrantes à la gloire du Dr Guérin. Le soir, des illuminations et des danses bretonnes au son du biniou ont clôturé cette charmante journée.

Associations française des Médecins urologistes.

Plusieurs médecins et chirurgiens de notre pays ont formé le projet de fonder une *Association française des médecins et chirurgiens urologistes.* Un comité d'initiative a été constitué ; il se compose de MM. Albarran (de Paris), Andry (de Toulouse), Carlier (de Lille), Chevalier, Desnos (de Paris), Eraud (de Lyon), Estor (de Montpellier), Guiard (de Paris), Malherbe (de Nantes), Pousson (de Bordeaux), Vigneron (de Marseille). La première réunion doit avoir lieu à Paris vers le milieu du mois d'octobre prochain, probablement au moment du Congrès de Chirurgie.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur la tentative de nos jeunes collègues. Son intérêt saute aux yeux de tous, par ce temps de spécialités à outrance. Certains esprits chagrins — et jaloux — trouveront peut-être qu'il y avait assez d'associations, de congrès, de spécialistes comme cela, et qu'il était parfaitement inutile d'inventer les *Urologistes.* Laissons les dire et faire : le progrès n'en continuera pas moins sa marche en avant. Il est des tendances contre lesquelles on lutte en

vain. La science, comme la civilisation marche, marche toujours. Il faut que les médecins marchent eux aussi s'ils ne veulent pas succomber dans la lutte.

Tous nos compliments donc aux fondateurs de cette Association nouvelle, et nous rendrons compte avec plaisir de ses premiers travaux. Marcel BAUDOUIN.

Les femmes qui fument du thé.

Le rôle du beau sexe dans les wagons de chemins de fer de fumeurs semble purement contemplatif. Mais il faut croire qu'il est beaucoup plus effectif « at home », si l'on considère que, non contentes de fumer du tabac, les femmes se sont mises à fumer des cigarettes de thé vert. En Angleterre, nous dit le *Saturday Magazine*, ce serait même « le dernier cri » de la mode féminine actuelle au delà de la Manche. Notre confrère cite le cas d'une femme de lettres de Londres qui ne fume pas moins de vingt à trente cigarettes de thé par jour, et nous dit que la mode des *five o'clock smoking tea* se généralise d'une façon étonnante. Cela vaut mieux après tout que l'horrible habitude des injections de morphine, car on estime qu'un fumeur de thé, excessif et orgiaque peut fumer jusqu'à 900 grammes de thé par semaine sans tomber dans l'abrutissement. Cependant, cette pratique conduit à l'insomnie, à la neurasthénie et à quelques autres accidents désagréables. A tant faire que de fumer quelque chose en cigarettes, mieux vaut encore fumer du tabac de bonne qualité et n'en pas fumer trop, conditions nécessaires et suffisantes pour pouvoir se livrer longtemps et sans danger aucun à cette inoffensive petite manie.

La maladie de Madame de Sévigné.

A l'une des dernières séances de l'Académie des inscriptions et belles-lettres (8 mai), M. Delisle a signalé un travail de M. E. Le Mire, intitulé : « A propos du centenaire de Mme de Sévigné », comme un curieux exemple de la façon dont une légende peut se créer en plein dix-neuvième siècle et arriver, en moins de cinquante ans, à trouver place, non seulement dans les livres de vulgarisation, mais encore dans des ouvrages qui passent à bon droit pour des modèles d'érudition et de critique. Il est généralement admis aujourd'hui que Mme de Sévigné est morte de la petite vérole et qu'elle a été précipitamment enterrée, non dans le caveau de la famille Adhémar, mais dans une fosse qu'on recouvrit d'un massif de maçonnerie, de sorte que les restes de la marquise purent échapper à la violation de la sépulture des seigneurs de Grignan, en 1793.

Or, M. Le Mire a établi que Mme de Sévigné succomba à des accès de fièvre continue. M. de Saint-Surin est le premier biographe qui ait parlé d'une petite vérole et il l'a fait, uniquement parce qu'il a attribué à la marquise de Sévigné ce que le médecin Chambon avait dit, en 1714, de la dernière maladie de la comtesse de Grignan, très exactement désignée par les mots « Mme de Sévigné, comtesse de Grignan ». Ce n'est pas tout. Il est parfaitement démontré que la marquise de Sévigné a été enterrée dans le tombeau de la famille de Grignan et que ses restes, reconnus en 1793 par les violateurs du tombeau, ont alors été l'objet de la plus indiscrète curiosité. Mais, au moment de la Restauration, les habitants de Grignan jugèrent qu'ils avaient intérêt à faire croire que la sépulture de Mme de Sévigné avait été épargnée. C'est alors que fut imaginée la fable de l'inhumation précipitée en dehors du caveau de la famille ; et, ce qui acheva de donner crédit à cette fable, c'est qu'une enquête administrative, prescrite en 1816 par le Ministre de l'Intérieur, aboutit à un procès-verbal de notoriété qui consacrait la légende. La contre-enquête que M. Le Mire a dirigée avec beaucoup de perspicacité a rétabli la vérité sur tous les points.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

Peut-on concevoir par la force de l'imagination ?

Il existe aux Archives, sous la rubrique ADT, une collection d'édits, ordonnances, déclarations royales, arrêts notables du Conseil d'Etat ou des Parlements, la plupart imprimés, quelques-uns manuscrits, comprenant quelque cent mille pièces détachées, classées par ordre chronologique. Dans l'un des cartons, où ces pièces sont contenues, figure, à la date du 16 février 1637, un arrêt du Parlement de Grenoble rendu contradictoirement entre une dame, mariée à un officier qu'elle venait de rendre père, bien qu'elle ne l'eût pas vu depuis plusieurs années, et les frères de cet officier qui intentaient une action en désaveu de paternité. L'épouse incriminée reconnaissait n'avoir eu avec son mari, mestre-de-camp d'un régiment français guerroyant dans les Pays-Bas, aucune relation depuis trois ans ; mais elle alléguait « *avoir conçu par la force de l'imagination, en songeant que l'absent habitait avec elle.* » Sur quoi, continue le texte de l'arrêt, la matière mise en délibération, la Cour... » finit par reconnaître, qu'en effet, « la force de l'imagination pouvait être suffisante pour concevoir ». Par suite elle déclarait l'enfant légitime, déboutant les beaux-frères de leur prétention et les condamnait aux dépens. On avouera qu'une pièce aussi burlesque, se trouvant en un tel lieu, revêtue de tous les caractères de l'authenticité, est de nature à « faire concevoir » à son tour une opinion singulière de la façon dont nos vieilles cours souveraines rendaient la justice. Or, rien ne peut faire supposer une supercherie ; le papier, l'écriture sont de l'époque, la rédaction est de tout point correcte. L'arrêt, quoique inouï, devrait donc passer pour réel, si l'on ne se souvenait avoir lu dans les *Historiettes*, de Tallemant des Réaux (1re édition, t. III, p. 93), qu'un nommé Sauvage, journaliste satirique, « qui était à Monsieur d'Orléans », comme on disait alors, prenait plaisir à imprimer dans sa *Gazette* ce que nous nommerions aujourd'hui des « canards » et que, très au fait des formules et « style » particulier au Parlement de Grenoble, il avait lancé dans le public, en manuscrit, à cette même date, un soi-disant arrêt de cette Cour, qui n'est autre que le document analysé ci-dessus. Le plus curieux est que les contemporains, sous Louis XIII, y furent pris, et que ce plaisant arrêt trouva des défenseurs. On agita, dans les Ecoles de Médecine, la question de savoir si la force de l'imagination suffisait vraiment à enfanter.

La pièce est une pure mystification. Elle a été reconnue comme telle, et *condamnée par un arrêt solennel du Parlement de Paris rendu le* 13 *juillet* 1637, c'est-à-dire cinq mois seulement après la date prétendue de la pièce fausse. Le Parlement de Paris a ordonné que la copie en serait lacérée par le bourreau, et les morceaux jetés au feu devant la grande porte du Palais, etc., etc.

Eh bien, malgré cette exécution, l'étonnante histoire de la soi-disant dame de Montléon n'en a pas moins fait son chemin parmi les conteurs, *voire parmi les médecins de l'époque*, qui en ont longtemps encore discuté. Quoi qu'il n'eût jamais existé de famille de Montléon en Dauphiné, que la terre d'Aiguenere, où se serait passée la surprenante aventure, fût tout aussi imaginaire, aussi bien d'ailleurs que les noms de toutes les personnes qui figuraient dans cette procédure dont on n'avait jamais retrouvé aucune trace aux Archives du Parlement de Grenoble, l'histoire avait cependant pris corps non seulement en France, mais encore en Allemagne et en Italie ; si bien que, *près d'un siècle plus tard*, un médecin de Milan fit demander au résident de France à Genève si cet arrêt était véritable ! On peut lire ces détails dans la *Jurisprudence de Guy Pape*, par Nicolas Chorier, 2e édition, Grenoble, 1769 (pages 192 et 193). Ouvrage classique sur la jurisprudence du Parlement du Dauphiné.

Un lecteur du *Temps* a communiqué l'extrait suivant du recueil des Archives de l'Isère, relatif à l'arrêt attribué à ce Parlement, déclarant légitime un enfant conçu par imagination, trois ans après la mort de son père.

1635-1640. — Arrêts : — déclarant faux, supposé, calomnieux et injurieux à l'honneur de la Cour un arrêt qu'on vendait imprimé à Paris et par lequel cette Cour, *sur l'attestation de matrones et de médecins constatant que la chose est possible, aurait établi la légitimité d'un enfant conçu, au dire de sa mère, dans un songe où son mari, mort depuis longtemps, lui aurait apparu*, et portant que cet imprimé sera biffé, lacéré et brûlé sur la place, au-devant du Palais, et inhibition et défense à tous imprimeurs, colporteurs, libraires et autres personnes de l'imprimer, de le vendre et de l'acheter, sous peine de la vie, etc., etc.

La loi musulmane, toujours en vigueur chez les indigènes de l'Algérie, admet parfaitement qu'une femme peut porter pendant cinq ou six ans dans son sein un enfant qui, pour ce motif, se nomme « Bou Regoud », c'est-à-dire qui dort dans le ventre de sa mère.

Les Centenaires mal portant.

Voici quelques documents sur les principaux centenaires, qui ne se sont jamais excellemment portés. Malgré cela, ils ont dépassé la centaine.

Adèle Lambotte est morte à Liège, en 1763, âgée de 101 ans. Elle n'avait pas un mètre de haut et n'avait jamais marché qu'avec des béquilles.— En 1774, la demoiselle Thierrée, vivant à Châteauneuf, en France, avait quarante ans : grêle, débile, vieillie avant l'âge, elle était mourante apparemment. Elle place toute sa fortune en rente viagère, et meurt à 104 ans et onze mois, après avoir ruiné ses prêteurs et leurs héritiers. — Le maréchal d'Estrées, à l'âge de 82 ans, est opéré de la pierre, une pierre de... . taille, que l'on pend en ex-voto à Notre-Dame de Liesse. Il meurt vingt ans après, à Paris, âgé de 102 ans. — Fontenelle avait une santé exécrable qui le conduisit, toujours malade, jusqu'à 100 ans moins un mois. — Olaf Erickson, un soldat suédois, criblé de blessures, comme une écumoire, meurt à Grasmark, en Suède, à 104 ans, après avoir passé sa vie à être porté comme mort. — La veuve Saulier est morte, à Nancy, dans sa 102e année, après avoir été constamment alitée par des accès soi-disant mortels de congestion pulmonaire.

C'est le joyeux octogénaire, M. van de Eyden, qui a écrit l'histoire de ces centenaires et qui a essayé de prouver que pour vivre longtemps il n'était pas nécessaire d'être un Apollon.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr Jules-Eugène ROCHARD.

Un des plus remarquables orateurs du monde médical, l'un des plus célèbres hygiénistes de notre époque, en tout cas certainement l'officier le plus distingué du service de santé de la marine française, est mort le 13 septembre dernier, à Versailles, à l'âge de 76 ans.

M. le Dr Jules-Eugène Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine en retraite, était né à Saint-Brieuc le 30 octobre 1819. Après d'excellentes études dans son pays natal, croyant ne pouvoir se soustraire à la destinée de la plupart des Bretons, pour qui l'Océan immense est la petite Patrie, il entra à l'Ecole de Médecine navale, alors qu'en réalité il se faisait remarquer déjà par des qualités de premier ordre, qui n'ont rien de commun d'ordinaire avec celles du marin de profession. Mais la Mer a toujours le même attrait pour tous ceux qui sont nés sur ses bords: ses enfants la quittent quelquefois; jamais ils ne peuvent l'oublier.

En 1837, J.-E. Rochard sortit de l'Ecole comme chirurgien de troisième classe de la marine; mais sa thèse ne date que de 1847 (*De la scrofule*, Paris, 1847, 52 p., 4°, n° 141). Il parcourut rapidement tous les grades de la carrière, et, grâce à des dons naturels véritablement exceptionnels, à un travail acharné, à des concours répétés et à une volonté toute celtique, il y parvint au plus haut grade, dès 1875, c'est-à-dire 38 ans après ses débuts.

Rochard fut d'abord un chirurgien praticien; mais il devint bientôt un théoricien apprécié et son beau travail sur l'*Histoire de la Chirurgie française au* XIXe *siècle* (1875) (vol. in-8°, 800 p.) est un monument qui restera. Ce marin fut le précurseur de l'opérateur Nicaise; mais pas plus l'un que l'autre ne retirèrent le moindre bénéfice de recherches aussi ardues. La seule place officielle, où les connaissances historiques puissent être utiles aux élèves, n'aurait jamais pu lui être confiée : il n'était pas agrégé; il n'était pas de la maison, où il est écrit : « Défense d'entrer à partir de 30 ans! ». D'ailleurs, il avait pressenti assez vite que l'Histoire ne pouvait mener à rien, et bien vite il avait changé son fusil d'épaule. Cependant, en récompense du succès mérité, qui accueillit la publication de ce grand ouvrage, Rochard fut, en 1877, nommé membre de l'Académie de Médecine dans la section de médecine opératoire. Il avait publié en 1861, en collaboration avec L. Saurel, un petit *Traité de chirurgie navale* (Par., 1861, 8°).

A sa sortie du service actif, Rochard se lança à corps perdu dans l'Hygiène, science alors naissante, et pleine d'avenir; il s'y révéla comme un écrivain d'une réelle valeur. On a de lui un *Traité d'Hygiène sociale* (1888, p. 692); une *étude synthétique des maladies épidémiques* (1871, Paris, 87 p.); des études sur l'*Education de nos filles* et l'*Education de nos fils* (1890, Hachette); un travail intitulé : *Question d'Hygiène sociale* (1891); un petit livre sur les *Eaux minérales*, en collaboration avec son fils (Paris, 1884); et surtout une vaste *Encyclopédie d'Hygiène*, dont les fascicules se sont succédés depuis 1889 jusqu'à ces jours derniers, sous la direction de ce savant éminent. On connait sa brillante collaboration à la *Revue des Deux-Mondes* et au *Temps*, à l'*Union médicale*. Rochard s'y est surtout occupé de magistrale façon de tout ce qui concerne la population rurale; mais on lui doit en outre une foule de mémoires, ayant trait à des sujets du ressort de l'hygiène. Voici les principaux :

Pian (*N. Dict. de méd. et chir. prat.*, Paris, 1879, 27, p. 561-66). — Pourriture d'hôpital (*N. Dict. de méd. et chir. prat.*, Paris, 1880, 29, p. 481-506). — Sur une épidémie de suette miliaire qui a régné dans l'île d'Oléron pendant l'été de 1880 (*Bull. Ac. d. Méd.*, Paris, 1881, 2 s., X, 272-79). — Nouveau mode de traitement des abcès du foie (*Assoc. fr. p. l'av. d. sc.*, C. r., 1880, Paris, 1881. IX, 923-25). — Sur l'ouverture des abcès du foie (*Bull. Ac. d. Méd.*, Paris, 1882, 2 s., XI, 1111-17). — Papulose filarienne, décrite par le Dr Nielly, recherches complémentaires (*Bull. Acad. d. Méd.*, Paris, 1882, 2 s., XI, 581-84).— Rapport sur la construction des hopitaux (*Rev. d'hyg.*, Paris, 1883, V, 466, 557, 825). — Rapport sur la construction des hôpitaux. (*Ann. d'hyg.*, Paris, 1883, 3. s., IX, 423-445). — La valeur économique de la vie humaine (*Rev. méd. franç. et étrang.*, Paris, 1884, II, 361-64 et *Rev. scient.*, Paris, 1884, 34, p. 321-39). — Les ressources alimentaires de la France (*Rev. scient.*, Paris, 1885, 36, p. 225-242). — Eloge de Chassaignac (*Bull. Ac. d. Méd*, Paris, 1885, 2 s., XIV, 1659-83).

L'alcool, son rôle dans les Sociétés modernes (*Revue des Deux-Mondes*, Paris, 1886, 3e s., 74, p. 871-900). — La population de la France (*Rev. scient.*, Paris, 1887, 39, p. 225-369). — L'éducation hygiénique et le surmenage intellectuel (*Revue des Deux-Mondes*, Paris, 1887, 81, p. 425-455). — L'hygiène des villes et les budgets municipaux (*Revue des Deux-Mondes*, Paris, 1887, 79, p. 613-645). — L'hygiène en 1889 (*Revue des Deux-Mondes*, Paris, 1896, p. 54-85). — Les intoxications volontaires (*Rev. scient.*, Paris, 1889, 43, p. 770-776). — Les hôpitaux marins (*Revue des Deux-Mondes*, Paris, 1890, C, 913-944). — Influence que les sciences exactes ont exercée sur l'art de guérir et de conserver la santé (Paris, Gauthier-Villars, 1890, 39 p. in-8). — La conférence de Venise et le choléra de 1892 (*Revue des Deux-Mondes*, Paris. 1892, CXIII, p. 168-199). — Diminution de la fièvre typhoïde à Paris (*Bull. Acad. de Méd.*, Paris. 1894, 3e s., 31, p. 120-124), etc., etc.

Ces travaux le firent nommer, en 1881, président de la Société de Médecine publique; en 1883, rapporteur de la Commission extra-parlementaire de la législation des eaux minérales; délégué en 1885 à la Conférence internationale de Rome; en 1886, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine; en 1887, président de l'Association française pour l'Avancement des Sciences; en 1889, président de la seconde section du Conseil supérieur de l'Assistance publique et de la section d'hygiène sociale du groupe de l'économie sociale à l'Exposition universelle. Membre de la Société des habitations à bon marché, médecin inspecteur général de la réserve mutuelle des Etats-Unis, officier de l'Instruction publique, grand officier de la Légion d'honneur, il fut président de l'Académie de Médecine en 1894; tous les membres de cette savante assemblée l'avaient en très haute estime.

En 1883, M. Rochard fut la victime d'un attentat. Un fou lui envoya dans la poitrine une balle qui ne put être extraite. Il guérit et conserva une bonne santé pendant plusieurs années.Ces temps derniers, cependant, la balle signala à nouveau son existence intrathoracique par des accidents graves, qui ont amené rapidement la mort de cet homme aussi distingué que généreux, resté breton et marin en plein Paris.

Il n'est pas douteux que M. Rochard ait rendu à son pays, comme chirurgien et hygiéniste, les plus signalés services; mais, dans sa longue carrière si désintéressée, si dévouée à la France, il a obtenu tous les succès, toutes les récompenses qu'il pouvait espérer. Il a été de ceux que nos Gouvernants apprécient et remercient à leur manière, le plus largement possible; il a été de ceux que le grand public n'ignore pas, de ceux que les galons officiels signalent toujours à l'attention de la foule. Aussi la Presse a-t-elle à déclarer qu'un tel homme a dû être parfaitement heureux, si tant est que le bonheur complet puisse exister jamais. D'autant plus que ce maître laisse de dignes fils, dont l'un est notre excellent ami Eugène Rochard, chirurgien des hôpitaux, où le père a dû retrouver plus d'une de ses solides qualités.

Mais elle a aussi un autre devoir, celui d'insister sur le très réel talent d'écrivain et surtout d'orateur de l'homme qui vient de disparaître, talent qu'on ne retrouve guère à l'heure présente que chez quelques-uns de nos jeunes chirurgiens. Il faut avoir entendu cette douce parole, jaillissant claire, nette et limpide comme l'eau la plus pure du plus pur rocher de cristal, pour pouvoir apprécier, comme il convient, les trésors d'érudition, d'esprit et de finesse que ce vaillant et vigoureux Breton portait en lui.Ce n'était pas certes l'éloquence du tribun à la voix ample, solide et sonore.Rochard n'avait certes pas la puissance irrésistible de ces exaltés de génie et de ces enthousiastes, qui ont, dans le feu de l'action,des trouvailles à l'emporte-pièce et subjuguent les masses. Mais c'était une maîtresse parole, calme, sûre d'elle-même et de ses classiques effets, entraînante pourtant, mais à sa manière, comme le courant d'une paisible rivière, qui va droit à la mer, sans accroc ni fracas, sans jamais regarder en arrière, sans jamais retourner sur ses pas. Avec Rochard, parti de la source même, on arrivait convaincu aux bords de l'Océan, comme le pêcheur endormi qui, dans sa petite barque, se laisse mollement dériver, certain d'être entraîné par

le flot favorable au point précis où il veut atterrir. Avec de tels dons, ce marin devait être un président très remarqué de l'Académie de Médecine et d'une foule d'autres assemblées scientifiques. Il le fut, en effet, et chacun de nous se souviendra longtemps, en outre des discussions officielles, de ces aimables speechs qu'à la fin de sa vie il laissa tomber de ses lèvres défaillantes avec un éclat et un brio que l'âge n'a jamais pu atteindre. Marcel BAUDOUIN.

FORMULES

Mixture contre la diarrhée infantile. — (M. J.-E THOMPSON.

Créosote de hêtre . . . . II à IV gouttes.
Oxyde de zinc . . . . . 5 grammes.
Mucilage de gomme arabique 60 —

Mêlez. — A faire prendre à l'enfant par cuillerées à café, jusqu'à cessation de la diarrhée.

Agiter le mélange avant de s'en servir.

Mixture contre l'érysipèle de la face. — (M. J. HAYS.)

Acide phénique . . . . }
Teinture d iode . . . . } ââ 2 grammes.
Alcool . . . . }
Essence de térébenthine . . 4 —
Glycérine . . . . 6 —

Mêlez. — Usage externe.

Toutes les deux heures, on badigeonne avec ce liquide le placard érysipélateux, ainsi qu'une petite zone de la peau saine environnante, puis on recouvre de tarlatane aseptique. L'emploi de cette mixture donnerait des résultats supérieurs à ceux que fournissent les autres moyens employés jusqu'ici pour le traitement local de l'érysipèle.

Potion contre la toux des phtisiques — (M. ROLLAND.)

Bromoforme . . . . XXX gouttes.
Alcool. . . . . 10 grammes.
Sirop d'ipécacuanha composé. }
Sirop thébaïque . . . . . } ââ 100 —
Sirop de laurier-cerise . . . }

Mêlez dans l'ordre ci-dessus indiqué pour obtenir un liquide clair. — A prendre : trois ou quatre cuillerées à bouche par jour, entre les repas.

Traitement du zona. (M. A. OHMANN-DUMESNIL.)

Acide arsénieux. . . . . . . 0 gr. 003 milligr.
Poivre noir pulvérisé. . . . . 0 — 15 centigr.
Extrait de gentiane. . . . . . Q. S.

Mêlez. Pour une pilule. Faites trente pilules semblables. — A prendre : trois pilules par jour, après les repas.

En outre, les parties atteintes seront recouvertes deux fois par jour, d'une couche d'ouate aseptique saupoudrée du mélange dont voici la formule :

Camphre pulvérisé. . . . . 8 grammes.
Sous-nitrate de bismuth. . . . . . 16 —
Craie préparée. . . . . 30 —

Mêlez. — Usage externe.

Solution pour le traitement hypodermique de la tuberculose. — (M. V. GILBERT).

Créosote de hêtre . . . . . 25 grammes.
Camphre . . . . 15 —
Aristol . . . . 10 —
Eucalyptol. . . . . 30 —
Huile de pied de bœuf stérilisée. Q. S. pour obtenir 250 c.c. de solution.

F. S. A. — Pour injections sous-cutanées.

Chaque centimètre cube de ce mélange contient 0 gr. 10 centigr. de créosote.

Pommade contre les pustules acnéiques volumineuses. (MM. VON HEBRA et ULLMANN.)

Sous-nitrate de bismuth. . . . }
Précipité blanc. . . . . } ââ 2 grammes.
Ichtyol. . . . . }
Vaseline . . . . 20 —

Mêlez. — Usage externe.

Une couche de cette pommade est appliquée le soir sur les boutons d'acné les plus volumineux. (*Sem. Méd.*)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 30 août au samedi 5 sept. 1896, les naissances ont été au nombre de 1.084, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 414 ; illégitimes, 149, Total, 563. — *Sexe féminin* : légitimes, 381 ; illégitimes, 140. Total, 521.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 30 août au samedi 5 sept. 1896, les décès ont été au nombre de 764, savoir : 399 hommes et 365 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 2. T. 9. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0 — Rougeole : M. 7, F. 3, T. 10. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0 — Coqueluche : M. 1, F. 3, T. 4. — Diphtérie, Croup : M. 2. F. 1, T. 3. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 100, F. 62, T. 162. — Méningite tuberculeuse : M. 5. F. 5, T. 10. — Autres tuberculoses : M. 16, F. 7, T. 23. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 1, T. 2. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 32, T. 50. — Méningite simple : M. 7, F. 9, T. 16. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 19, F. 16, T. 35, — Paralysie, M. 3, F. 6, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 2, T. 5 — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 26, T. 51. — Bronchite aiguë : M. 5, F. 4, T. 9. — Bronchite chronique : M. 6, F. 9, T. 15 — Broncho-pneumonie : M. 9, F. 12, T. 21. — Pneumonie : M. 15, F. 5, T. 20. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 10, F. 18, T. 28. — Gastro-entérite, biberon : M. 27, F. 20, T. 47. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 3, T. 6. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 4, T. 5. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 3, T. 3. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 12, F. 8, T. 20. — Sénilité : M. 7, F. 22, T. 29. — Suicides : M. 13, F. 8, T. 21. — Autres morts violentes : M. 5, F. 6, T. 11. — Autres causes de mort : M. 71, F. 60, T. 131. — Causes restées inconnues : M. 1, F. 3, T. 4.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 70, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 23, illégitimes, 15. Total : 38 — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 10 Total : 32.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Legs*. — Le doyen de la Faculté de Médecine de Paris est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, le legs fait par M. Alexandre Rigout. Ce legs, qui consiste dans une rente de 800 francs, doit recevoir l'affectation suivante : 1° 500 francs pour la meilleure thèse de chimie biologique ou de chimie physiologique et de bactériologie ; 2° 300 francs pour la bibliothèque de la Faculté.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — M. le Dr MANDEREAU, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1896-1897, d'un cours d'anatomie. — M. le Dr PRIEUR, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1896-1897, d'un cours d'histologie.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. GUITTEAU est chargé des fonctions de chef des travaux de physique et de chimie.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Un concours s'ouvrira, le 8 mars 1897, devant la Faculté de Médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de Médecine de Reims.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Armée active*. — Nominations au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. les médecins stagiaires Aldguy, Auguin, Baumelou, Beaulies, Besse, Blanchard, Boitel, Bouquet de Jolinière, Brice, Cadiot, Cange, Caujole, Conor, Daireaux, Damas, Delahaye, Dusolier, Faure, Fayollat, Folianno, Foley, Gauthier, Geysen, Gorisse, Gorse, Henriot, Hussenstein, Idrac, Jourdin, Labadie, Lafeuille, Leveque, Mahaut, Montagne, Mouly, Oberle, Paloque, Petges, Pla, Quenet, Rambaud, Regad, Rieux, Rolland, Romary, Rouyer, Ruberthaler, Rudler, Schmerber, Serre, Tiberi, Trassagnac, Velten, Vigne et Zeller.

ACADÉMIE ROYALE DE MADRID. — M. le Dr Emile Berger, de Paris, oculiste, vient d'être élu correspondant de l'Académie royale de Madrid.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été nommés *Officiers d'Académie* : MM. les Drs Courtin (de Bordeaux) et Detourbe (de Paris).

RÉCOMPENSES. — Le Ministre de l'Intérieur a décerné des médailles d'honneur et des mentions honorables aux personnes suivantes. *Médailles de vermeil* : Mme Roche (Hélène), sœur à l'hôpital de Mustapha (Alger). — *Médailles d'argent* : Mmes Boutibonnes (Geneviève), Damboin (Henriette), Nunez (Maria) et Mor-

delet (Victorine), sœurs à l'hôpital de Mustapha (Alger); MM. Iller (Gustave) et Pillet, infirmiers à l'hôpital de Mustapha (Alger). — *Médailles de bronze* : M. Sidère, interne en pharmacie à l'hôpital de Mustapha (Alger), Mmes Bouchatou (Célestine), Kramm (Alphonsine), Sirène (Françoise), infirmière à l'hôpital de Mustapha (Alger); MM. Frojet (Pierre), Gendron (Sévère), Kammleiter (Gustave), Léonard (Léon), Parrod (Edmond), Tournier (Hippolyte), Trinchant (Eugène), infirmiers à l'hôpital de Mustapha (Alger); MM. Galéa (Antoine), Guilley (Félicien), Masso (Salvator), Moret (Eugène), Rostol (Grégoire), infirmiers à l'ambulance de Philippeville ; Mme Martinez (Anna), infirmière à l'hôpital civil de Bône; MM. Sautard (Henri), infirmier-major et Grimal (Henri), infirmier à l'hôpital civil de Bône; M. Lauze (François), garde de l'ambulance d'El-Katta. — *Mentions honorables* : M. Abadie (Joseph-Gustave), directeur de l'hôpital civil de Bône; Mme Lejeune (Ange), sœur hospitalière à l'hôpital civil de Bône; M. Garcia (Joseph), dit Thomas, infirmier à l'hôpital civil de Bône; MM. Balavoine (Julien) et Julia (Auguste), infirmiers détachés au lazaret de Constantine, MM. Bastien (Louis-Jules) et Hamra (Ammar), infirmiers à l'ambulance de Jemmapes; M. Graffouillère (Jean-Marie), infirmier à l'ambulance de Philippeville.

Les Médecins-Sénateurs. — *Science et Politique.* — Voici, d'après la *Petite Gironde*, les raisons qui auraient principalement contribué à l'échec de M. le Pr Lannelongue, dans la récente élection sénatoriale du Gers. Cet insuccès serait la suite d'un malentendu, habilement exploité contre l'honorable candidat par ses adversaires politiques. La question des eaux-de-vie ayant un jour été posée à la Chambre, les orateurs se mirent à l'examiner au point de vue hygiénique. M. Lannelongue, homme de science, considéra, avec raison, comme un devoir de donner une sorte de consultation sur la question. Il déclara que les alcools, quelle que soit leur provenance, contiennent des principes toxiques et que, si les eaux-de-vie de vin, les armagnacs, en contiennent moins que les alcools d'industrie, ils en contiennent cependant en petite quantité. De ce langage, il résultait que le public devait donner sa préférence aux eaux-de-vie de vin sur les eaux-de-vie fabriquées avec d'autres alcools. Mais les adversaires de M. Lannelongue n'en retinrent que ceci : c'est qu'il avait dit que les eaux-de-vie de vin contenaient des principes toxiques; par conséquent, il accusait les vignerons du Gers d'empoisonner leurs concitoyens avec leurs produits. « Voilà, conclut la *Petite Gironde*, par quels raisonnements perfides et subtils on a combattu et battu M. Lannelongue. Son cas est un peu celui du héros d'un drame du fameux Ibsen, le poète norwégien : M. Lannelongue a été attaqué par ses adversaires, comme « l'ennemi du peuple ».

Universités étrangères. — *Faculté de médecine de Berlin.* M. le Dr Edmund Lesser, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Berne, est nommé professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie. — *Faculté de médecine de Fribourg* M. le Dr Ritschl, privatdocent de chirurgie, est nommé professeur extraordinaire. — *Faculté de médecine de Königsberg.* M. le Dr Egbert Braatz est nommé privatdotcent de chirurgie. — *Faculté de médecine de Lausanne.* Sont nommés privatdocenten : MM. les Drs L. Perret (*chirurgie*); A. Combe (*pédiatrie*). — *Faculté de médecine de Lemberg.* M. le Dr J. Prus est nommé professeur ordinaire de pathologie générale et expérimentale. — *Faculté de médecine de Rome.* M. le Dr U. Arcangeli est nommé privatdocent de pathologie médicale. — *Faculté de médecine de Turin.* Sont nommés privatdocenten : MM. les Drs B. Gosio (*hygiène*); M. Carrara (*médecine légale*). — *Kentucky School of Medicine de Louisville.* Sont nommés professeurs : MM. les Drs W. E. Grant (*anatomie*); Carl Weidner (*physiologie*); Ewing Marshall (*diagnostic physique*); Louis Frank (*gynécologie*); Henry E. Tuley (*obstétrique*); T. C. Evans (*ophtalmologie. otologie et laryngologie*). (*Sem. méd.*).

Hopital du Havre. — Le Président de la République a visité cette semaine l'hôpital du Havre, où il a laissé 500 francs pour améliorer l'ordinaire des malades.

La Fête du Foetus a l'Ecole du Service de Santé de la Marine. — Pour clore l'année scolaire a eu lieu, à l'Ecole du Service de Santé de la Marine, le samedi 1er août, la fête annuelle, dite des fœtus, offerte par les élèves de la dernière promotion qui, après les neuf mois d'incubation de la première année d'études, naissent, enfin à la vie des anciens, avec qui ils prennent rang désormais. Une fœtus-revue a été jouée et chantée par un groupe de nouveaux. Les scènes rappelaient les principales circonstances de la vie scolaire et le directeur et le sous-directeur étaient les premiers à applaudir leurs sosies parfaits de ressemblance.

Congrès internationnal de Gynécologie et d'Obstétrique. — *Excursion.* — Les membres du Congrès de gynécologie, qui a siégé à Genève, ont fait dernièrement le tour du lac, au nombre de deux cent cinquante environ. A Vevey, ils ont visité la fabrique Nestlé, où l'on prépare la célèbre « farine lactée » que connaissent bien tous les médecins et dont la réputation s'est répandue au loin dans le monde. Puis la direction de la fabrique leur a offert un déjeuner à l'hôtel des Trois-Couronnes. Les médecins de Vevey et la municipalté avaient été invités ; au dessert, un excellent vin d'honneur de la commune, cru de l'Hôpital, est apparu sur les tables. (*Petit Parisien*, 9 septembre 1896).

Empoisonnement par les Champignons. — Les champignons vénéneux viennent encore de faire deux victimes parmi les religieuses de l'hôpital d'Harfleur, appartenant à la communauté de la Compassion. La sœur Radegonde, attachée à l'hôpital communal, était allée cueillir des champignons. En rentrant à l'hôpital communal, on fit cuire sans défiance sa cueillette. Trois religieuses en mangèrent, la supérieure, âgée de cinquante-huit ans; la sœur Radegonde, âgée de trente-cinq ans et sœur Sainte-Hippolyte. Dans la soirée, elles se sentirent malades ; leurs souffrances augmentant dans la nuit, on fit appeler deux médecins qui, malgré les soins les plus empressés, ne purent combattre efficacement les effets du poison. Les deux religieuses Agnès et Radegonde ont succombé. L'état de la troisième, sœur Sainte-Hippolyte, a été très grave.

Jalousie et Tuberculose. — M. le Dr Gilbert rapporte un fait qui montre jusqu'à quel point l'aberration humaine peut aller chez un moribond, et d'un autre côté pour la femme d'un phtisique, une des mille manières, la plus rare sans doute, de devenir tuberculeuse. Un médecin du Midi, jeune encore, atteint d'une tuberculose pulmonaire à évolution rapide, avait demandé plusieurs fois à sa femme de ne pas le laisser partir seul et de mourir avec lui. Un jour, c'était le dernier de sa vie, il se fit servir une coupe de champagne, en but une gorgée, puis cracha dedans deux ou trois fois. Alors il offrit à sa femme et lui demanda comme preuve d'amour de boire cet affreux mélange. Elle hésita un instant, ferma les yeux, prit la coupe et la vida d'un trait ; quelques instants plus tard le moribond, tranquillisé, s'endormit pour toujours. La malheureuse victime, prise bientôt d'une fièvre intense, ne tarda pas à s'aliter et à présenter du côté de l'abdomen des symptômes inquiétants, et bientôt tous les symptômes d'une phtisie en voie d'évolution. Est-elle morte victime de son héroïsme ? C'est fort probable, car M. Gilbert n'a plus eu de ses nouvelles. Elle est allée rejoindre celui qui lui avait arraché en mourant sa santé et sa vie !!

Le Pr Dolbeau et la Commune. — Un procès est intenté par la famille du Pr Dolbeau, à M. Lissagaray, qui, dans sa récente *Histoire de la Commune*, a raconté, en des termes que celle-ci juge inexacts et offensants pour la mémoire du mort, les incidents de l'hospice Beaujon auxquels, on s'en souvient, l'éminent praticien fut mêlé.

Assistance médicale gratuite. — *Gironde.* — Le Conseil général de la Gironde a adopté un vœu tendant à modifier le règlement départemental de l'assistance médicale gratuite et décidant que les communes pourront être autorisées à substituer pour les visites médicales le système de l'abonnement au système de la tarification.

Anthropologie de l'Amérique du Sud. — M. Manuel B. Zavaleta, archéologue de la République argentine, est arrivé à Paris, venant de Buenos-Ayres avec une collection de plus de deux mille pièces d'archéologie et d'anthropologie concernant la race préhistorique des Calchaquis, qui habita les régions andines de la République argentine.

Médecins faiseurs d'anges en Angleterre. — Deux médecins de Londres viennent d'être arrêtés sous l'inculpation d'avoir pratiqué des manœuvres abortives, qui ont entrainé la mort de leur patiente. D'après le *Temps*, ce sont les Drs Timothy Jones et Henry Richard, tous deux domiciliés dans l'Est. Dans le courant de la semaine dernière, un jeune homme nommé M..., qui est également sous les verrous — se présentait chez le Dr Jones, accompagné de sa maitresse, miss Lily Challenger, enceinte de plus de quatre mois. Il le décida sans trop de peine à faire subir à cette malheureuse une opération qui pouvait lui coûter la vie et dont la victime était incapable de mesurer les dangers. L'opération fut consommée le lendemain, dans le cabinet du Dr Richard, que M. Jones avait jugé prudent de s'adjoindre. La jeune fille fut ensuite reconduite chez ses parents en voiture. Le lendemain, elle succombait, après avoir raconté tous les détails de l'avortement. Le magistrat de police, qui a interrogé les trois accusés, a ajourné la suite de son enquête au 30 de ce mois, la police se croyant sur la trace d'autres crimes analogues reprochés par la rumeur publique aux deux médecins.

Un cas de grossesse prolongée. — Un collaborateur d'*Australasian medical Gazette* fait connaître un cas observé par lui, où la grossesse semble avoir eu une durée exceptionnelle de 311 jours, c'est-à-dire de plus de dix mois. Les premiers mou-

vements du fœtus ont été ressentis fin de septembre 1895 et l'accouchement a eu lieu le 20 mai 1896, 227 jours après. Si ces mouvements se sont produits à la fin du troisième mois, la grossesse a bien été de dix mois. Mais ont-ils pu se produire plus tôt; d'autre part, rien n'est dit au sujet de la dernière menstruation. *Rev. Sc.*

NÉCROLOGIE. — Le *Nord médical* annonce de Lille, la mort d'un excellent confrère, d'un spécialiste distingué, membre fondateur du Syndicat de Lille, ancien vice-président de l'Association de prévoyance des médecins du Nord, président de la *Société de Laryngologie* de Paris. Après avoir passé brillamment ses deux baccalauréats, M. WAGNIER commença ses études à la Faculté de Médecine de Lille et les continua à celle de Paris. Plus tard, il entra au Val-de-Grâce et en sortit avec succès pour faire partie du corps de santé de l'armée. Mais les circonstances l'obligèrent à renoncer bientôt au labeur de la pratique générale de la médecine, pour aborder les études des maladies du larynx, de l'oreille, du nez, et comme cette spécialité — chose incroyable — n'avait aucun caractère officiel en France à cette époque, il alla former son éducation à Bruxelles et à Vienne. Il fut plus tard autorisé à donner un cours libre de laryngologie, par le Conseil de faculté de Paris. — M. Ferdinand von HERDER, bibliothécaire du jardin botanique de Saint-Pétersbourg, est mort à Grünstadt (Bavière), sa ville natale, où il s'était retiré après trente-cinq ans de services. — La Science doit déplorer encore la perte de M. KANITZ, professeur de Botanique à l'Université de Klaussenbourg. — M. le Dr RUELLE (Henri), de Paris, médecin de l'état-civil, médecin-inspecteur des enfants du premier âge, décédé le 24 août à l'âge de 63 ans. — M. le Dr MASSIN, de Pierre-de-Bresse (Saône-et-Loire), décédé à l'âge de 63 ans. — Une des victimes de la catastrophe du Lyskamm (Zermatt) est M. le Dr GUNTHER, de Berlin. Il était parti avec une caravane composée de deux touristes et de trois guides. Il est probable qu'une chute aura eu lieu pendant la traversée du glacier. M. Gunther, qui était âgé d'environ trente-cinq ans, était depuis plusieurs semaines à Zermatt, muni de tous les instruments pour les expéditions scientifiques. — M. le Dr RAUD (de Luçon Vendée), décédé à l'âge de 45 ans. — M. le Dr GARNIER, de Saint-Antoine (Bouches-du-Rhône). — Parmi les personnes fusillées à Cavite à l'occasion de l'insurrection, se trouvent des pharmaciens et des médecins. — M. le Dr GODARD, de Gomont. — M. le Dr Jos. von KERSCHENSTEINER, président du Conseil supérieur des affaires médicales de la Bavière. — M. le Dr Th. MARGÓ, professeur extraordinaire d'histologie à la Faculté de médecine de Budapest. — M. le Dr W. H. ROSS, ancien professeur d'anatomie au Medical College of Alabama de Mobile. — M. le Dr Elsworth F. SMITH, professeur émérite d'anatomie pathologique et de clinique médicale à St. Louis Medical College. — M. le Dr John H. CALLENDER, professeur de neurologie à Vanderbilt University de Nashville.

ON DEMANDE des Etudiants en Médecine ayant au moins trois ans d'études, à l'Institut de Bibliographie, 14, boulevard Saint-Germain, Paris. Travaux à effectuer : Analyses, traductions, classement des fiches bibliographiques, etc. — Rémunération à l'heure ou à la pièce.

Le prix des abonnements réunis du PROGRÈS MÉDICAL *et des* ARCHIVES DE NEUROLOGIE *est de* **trente francs** *pour la France et l'Etranger.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE AU *PROGRES MÉDICAL*

MANUEL PRATIQUE DES MÉTHODES D'ENSEIGNEMENT SPÉCIALES AUX ENFANTS ANORMAUX

SOURDS-MUETS, AVEUGLES, IDIOTS, BÈGUES, etc., etc

Par les Docteurs

HAMON DU FOUGERAY et COUËTOUX

Avec une préface du Dr BOURNEVILLE.

Un beau volume in-8 de XVI-304 pages, avec 27 figures et deux cartes. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr. 50

PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE ET CAVITÉ DE RETZIUS

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES CAVITÉS DE L'OMBILIC & DE LA LIGNE BLANCHE

PAR

le Dr J.-S. DAURIAC

Volume in-8 de 180 pages, avec 17 figures. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

CULLERRE (A.). — L'incontinence d'urine et son traitement par la suggestion. Brochure in-8. de 32 pages. Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . 0 fr. 70

Librairie A. MALOINE,
21, place de l'Ecole-de-Médecine.

ATTAIX (B.-C.). — La pipérazine, ses propriétés thérapeutiques. Volume in-8 de 64 pages. — Prix. . . . . 2 fr.

KRAFFT-EBING (von R.). — Traité clinique de psychiatrie. Traduit sur la Ve édition allemande par LAURENT (E.). Volume in-8 de VI-758 pages. — Prix. . . . . 20 fr.

Librairie G. STEINHEIL,
2, rue Casimir-Delavigne.

MIRALLIÉ (Ch.). — De l'aphasie sensorielle. Volume in-8 de 220 pages, avec 8 figures en couleur et nombreux spécimen d'écriture.

ANTOMINI (G.). — Un precursore di Lombroso nel secolo XVII. Brochure in-8 de 32 pages, avec 12 figures. — Bergamo, 1896. — Istituto italiano d'arti grafiche.

CHAUMIER (Ed.). — De l'emploi de l'orphol dans l'antisepsie intestinale et pour l'usage externe. Brochure in-8 de 16 pages. — Tours, 1896. — Imprimerie Tourangelle.

COLLINS (J.). — A contribution to the pathology and monid anatomy of amyotrophie lateral sclerosis. Brochure in-8 de 24 p., avec 8 figures. — New-York, 1896. — Chez l'auteur, 47, nest 38 th steet.

EUSTACHE (G.). — Les accouchements aseptiques et les accouchements antiseptiques. Brochure in-8 de 39 pages. — Lille, 1896. — Tipographie Le Bigot frères.

GRASSET (J.) et VEDEL (V.). — Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier. — 3e série, 1er fascicule (novembre 1896 à juillet 1896). Volume in-4 de 177 pages, avec 4 planches hors texte. — Montpellier, 1896. — Imprimerie du *Nouveau Montpellier médical.*

HENROTAY (J.). — Un fœtus pseudencéphalien anorchide. Brochure in-8 de 5 pages, avec une planche hors texte. — Anvers, 1896. — Imprimerie Buschmann.

HENROTAY (J.). — Sur les complications de l'hystérectomie vaginale. Brochure in-8 de 11 pages, avec figure hors texte. — Anvers, 1896. — Imprimerie Buschmann.

Le Rédacteur-Gérant: BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCCr), RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IV. N° 39. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 26 SEPTEMBRE 1896

Le Progrès Médical

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Faculté de Médecine. — Cours d'Opérations.

Thoracoplastie ;

par Félix TERRIER,
Chirurgien de l'Hôpital Bichat,
Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Paris.

Troisième Leçon.

Leçon recueillie par M. E. Reymond (1).

Messieurs,

Dans une précédente leçon, nous avons étudié à propos de l'empyème, les divers procédés utilisés pour évacuer le pus contenu dans la plèvre ; mais cette évacuation du pus doit-elle toujours suffire ? A la place de celui-ci va se produire un espace mort déterminé par la rétraction du poumon et la rigidité de la paroi costale. Ajoutez à cela, que si la pleurésie purulente est ancienne, le poumon se trouve encapsulé par une coque résistante qui rendra presque impossible sa dilatation.

Or, on a constaté qu'il se faisait normalement, au niveau de ces vieilles pleurésies chroniques, un lent aplatissement de la paroi qui tend à se rapprocher du poumon, à diminuer l'espace mort ; d'où la pensée d'obtenir plus rapidement et plus complètement un résultat analogue en désossant une partie de la paroi thoracique qui, dépourvue de son squelette, perd sa rigidité et se déprime plus aisément.

C'est en 1879 qu'un article, paru dans la *Revue de Médecine et de Chirurgie* (2), nous faisait connaître en France l'opération d'Estlander ; mais elle avait été pratiquée par lui en 1876 et publiée l'année suivante.

Depuis lors, on s'est aperçu qu'Estlander n'avait pas manqué de précurseurs. Dès 1859, Roser avait fait des résections costales dans un but analogue ; dix ans plus tard, Simon (d'Heidelberg) renouvelait les mêmes tentatives suivies de celles de Peytavy (3), de Schneider (4), de de Cerenville à Lausanne (1878-79). Mais ce n'est pas seulement à l'étranger que furent les précurseurs d'Estlander, et comme le dit Polosson (5), c'est surtout en France, à la Faculté de Lyon, qu'a été proposée et régulièrement exécutée cette opération. C'est en 1875 que Gayet en émettait l'idée et que Létievant la mettait en pratique. La même année, Paulet présentait à ce sujet, un rapport à la *Société de Chirurgie*, et malgré le succès du chirurgien lyonnais, il n'acceptait cette intervention qu'avec de nombreuses réserves. Toutefois, à la suite de bien des discussions et voulant ménager un peu tout le monde, on a baptisé cette opération : opération Gayet-Létievant, dite d'Estlander.

Parmi les premiers chirurgiens l'ayant pratiquée en France, citons Weiss (de Nancy) en 1881, Poncet (de Lyon) en 1872, Bouilly (de Paris), la même année. En 188[illegible], P. Berger présentait un rapport sur ce sujet à la *Société de Chirurgie* : il y publiait quatre cas inédits qui, en s'ajoutant à ceux déjà connus, portaient à 26 le nombre des interventions, dont 10 guérisons et 5 améliorations. Depuis P. Michaux a publié un travail sur le même sujet dans la *Gazette des Hôpitaux* (1888). La même année, au *Congrès français de Chirurgie*, Le Fort, Duret, J. Bœckel, Ollier, Delorme, Trélat, Thiriar prenaient part à une longue discussion à propos de cette opération.

Mais déjà certains chirurgiens modifiaient le procédé primitif. Max Schede proposait de réséquer la paroi dans toute son épaisseur et d'appliquer directement la face profonde de la peau à la plèvre pulmonaire (1881). J. Bœckel préconisait l'incision en croix et le raclage de la plèvre. Nous étudierons tout à l'heure ces procédés, en même temps que ceux plus récents, de Quénu (1891), de H. Delagénière (1894) et de Boiffin (1895).

L'*Opération dite d'Estlander* peut être divisée en quatre temps. Dans le premier, on incise les parties molles ; dans le deuxième on pratique la résection des côtes ; le troisième est consacré au traitement de la plèvre et le quatrième au drainage et à la suture.

Mais tout d'abord se pose la question de l'anesthésie ; on l'a considérée comme dangereuse, vu l'état du poumon ; c'est, en effet, une raison pour redoubler de précautions, mais l'anesthésie générale n'en est pas moins obligatoire. Le malade est couché sur le côté sain, car c'est sur la région thoracique latérale qu'on va faire porter la résection ; or, quelles en seront les limites extrêmes ? En haut la troisième côte, en bas la huitième ; on est monté plus haut, il est vrai : Delorme a même réséqué la première côte, ce qui est d'ailleurs inutile ; on peut descendre plus bas comme H. Delagénière ; mais ce sont alors des procédés spéciaux qui s'éloignent de l'opération typique d'Estlander. Quant aux limites en avant et en arrière, rappelons que c'est entre les lignes axillaires antérieures et postérieures qu'il est préférable de pratiquer la résection ; toutefois, on peut aller en avant et en arrière de ces lignes ; on peut enlever jusqu'à dix centimètres de longueur d'os au niveau de la huitième côte.

Estlander faisait une incision cutanée au niveau de chaque côte à réséquer ; on s'est ensuite contenté d'une incision faite au niveau de l'espace intercostal pour enlever les côtes adjacentes, et plusieurs chirurgiens préconisent encore ce procédé. Puis on a voulu se contenter d'une incision verticale qui ne paraît pas suffire si l'on veut pratiquer une large résection de chaque coté. P. Berger a beaucoup vanté l'incision en T droit ou renversé ⊥ ; Bouilly l'incision en V ; c'est du reste celle-ci que j'ai toujours employée, sans bien m'expliquer les reproches qu'a cru devoir lui adresser Thiriar. Trélat préférait l'incision en forme d'H couchée (⌶) qui permet de pratiquer deux volets : c'est aussi l'incision que préconise Michaux. Enfin l'incision en L est d'après J. Bœckel celle qui permet les résections les plus faciles.

Pour ce qui est de la taille du lambeau, on aura soin qu'il soit épais afin que ses tissus restent plus facilement alimentés : on rasera donc la cage thoracique d'aussi près que possible, en détachant les parties molles.

La résection des côtes constitue le deuxième temps ;

(1) Voir *Progrès médical*, 1896, nos 35 et 37.
(2) [illegible], 18[illegible].
(3) Peytavy. — *Berlin. klin. Wochens.*, 1876.
(4) Schneider. — *Langenbeck Arch.*, 1870.
(5) Polosson. — *Lyon médical*, 1884.

quant au périoste, il est logique de l'enlever, étant donné l'affaissement de la paroi que l'on recherche et la rapide production osseuse qui a tendance à se faire ; mais d'autre part, l'ablation de son feuillet profond est parfois difficile et l'on aura avantage dans certains cas à se contenter d'enlever le feuillet périostique superficiel.

Pour pratiquer la section de la côte, on peut employer deux procédés différents. P. Berger conseille de sectionner de suite la côte à sa partie moyenne, puis on saisit chacun des fragments l'un après l'autre, on les soulève, on les libère en rasant leur face profonde, et on sectionne chacun une seconde fois. Le second procédé consiste à faire de suite la section costale le plus en arrière possible, puis libérant le fragment, on le sectionne la seconde fois, aussi en avant qu'on le peut. H. Delagénière va plus loin et sans faire de section antérieure, il enlève par torsion le fragment de côte : celui-ci cède au niveau du cartilage sterno-costal. Cependant le procédé de P. Berger paraît préférable pour les vieilles pleurésies alors que se sont produites des ossifications au niveau des espaces intercostaux.

L'opération peut en rester là et se terminer de suite par la suture et le drainage ; mais souvent, l'épaississement considérable de la plèvre, la présence de nombreuses fausses-membranes dans son intérieur, feront craindre que ses feuillets aient peu de chance de s'appliquer l'un à l'autre ; on cherchera à la modifier en curettant le trajet fistuleux, en poursuivant même le curettage intra-pleural, aussi loin que possible, en pratiquant dans l'intérieur des injections au chlorure de zinc à 2 ou 5 0/0.

Certains chirurgiens plus audacieux ont voulu ouvrir largement cette plèvre malade : le *procédé de Schede* est un des plus connus ; celui-ci après avoir soulevé un lambeau en U, resèque trois ou quatre côtes sur une longueur de 10 à 12 cent. ; puis ensuite il enlève complètement ce qui reste à ce niveau du plastron thoracique, c'est-à-dire les muscles intercostaux et la plèvre en même temps : il fait à mesure l'hémostase des intercostales. Le lambeau cutané reste seul pour être appliqué sur la plèvre pulmonaire : ce lambeau est mince, peu nourri bien qu'on le suture à la paroi, aussi ce procédé semble tout d'abord inquiétant : les trois cas de Schede tendraient cependant à le faire considérer comme acceptable. Wiesinger a imité ce procédé à Hambourg, mais sans obtenir de guérison absolue ; Roswel Park l'a aussi employé.

Plus simple et plus prudent paraît le mode de faire d'Eug. Bœckel (1886) ; celui-ci se contente de pratiquer après le désossement, une incision cruciale de la paroi musculo-pleurale : par cette ouverture suffisante, il traite la face interne de la plèvre, comme il le ferait pour un abcès froid. C'est à un résultat semblable qu'aboutit Bouilly en conseillant la large ouverture de la plèvre.

Delorme (1) aussi préconise cette ouverture au moyen d'une longue incision verticale faite sur ce qui reste de paroi, une fois le lambeau cutané soulevé et le désossement pratiqué ; mais dans la pensée de Delorme, cette incision a surtout pour but de faciliter le refoulement de la paroi a laquelle on aide en pratiquant une forte compression à ce niveau.

Le quatrième temps de l'opération consistera à drainer et faire la suture. Mieux vaut se servir d'un drain volumineux ; on aura soin de le placer au point le plus déclive, dans la ligne axillaire, vers le bord spinal de l'omoplate : cette déclivité du drain est chose importante ; nous verrons tout à l'heure comment le procédé de H. Delagénière permet plus sûrement encore de pratiquer le drainage du cul-de-sac pleural ; enfin, n'oubliez pas de fixer le drain pour éviter sa chute dans la plèvre.

C'est avec soin que, pour terminer, vous ferez la suture du lambeau, car ce lambeau est mal nourri, et vous devez augmenter, autant que faire se peut, ses chances de bonne et de prompte réunion. C'est la même raison qui me fait préférer encore pour cette opération l'asepsie à l'antisepsie.

Quoique les suites soient parfois fort simples, surtout chez les jeunes sujets, on n'en doit pas moins considérer l'opération comme sérieuse ; aussi voyons-nous Michaux en tirer cette conclusion qu'on ne doit y avoir recours qu'en dernier ressort.

C'est à la conclusion *inverse* que j'aboutis pour ma part.

La statistique faite en 1888 se répartit ainsi :

Guérisons.	27
Guérisons avec petites fistules . .	5
Guérisons temporaires, mort de néphrite	1
Morts	10

soit 64 0/0 de guérison, ce qui n'est, à coup sûr, pas très encourageant ; mais pourquoi depuis lors les résultats ont-il été meilleurs ? N'est-ce pas en partie à cause de la précocité de l'intervention ? et le meilleur moyen d'éviter une opération ultérieure grave n'est-il pas de faire de suite une opération qui l'est relativement moins ? Aussi vous dirai-je : opérez de bonne heure ; n'attendez pas que la suppuration ait épuisé votre malade, que la plèvre soit par trop épaissie, que le poumon ne puisse plus se dilater.

A l'opération qui vient de nous occuper, on a fait un certain nombre de reproches ; on a dit surtout qu'elle ne permettrait pas un suffisant effacement de la cavité ; Delorme a même traduit ce reproche sous une forme d'apparence mathématique. Il admet en principe, que le meilleur résultat que l'on puisse attendre de l'opération est de remplacer la convexité de la région opérée par une surface plane, l'arc costal qu'on enlève par la corde qui le sous-tend ; or, dit-il, si l'on enlève 20 centim. de chaque côte, ce qui constitue déjà une bien large résection, de combien la paroi sera-t-elle déprimée ? de la distance mesurée exactement par la flèche de l'arc sous-tendu ; et de combien est cet arc ? de 3 cm. : c'est un médiocre résultat. Aussi Delorme en arrive-t-il à conseiller la résection verticale de toute la paroi et le refoulement du lambeau cutané de dehors en dedans. J. Bœckel se plaint aussi que cette opération ne diminue pas suffisament l'espace mort et qu'en particulier il reste entre le poumon retracté sur son hile et la partie postérieure de la côte, un vide que l'opération ne fait rien pour combler : il faudrait que la résection costale se puisse faire plus en arrière.

Il y a certes du vrai dans ces critiques, mais il faut toutefois accueillir avec réserve les raisonnements d'apparence aussi rigoureusement mathématiques que ceux de Delorme. D'après ce qu'il dit, on ne voit pas comment la guérison pourrait jamais se faire : or, elle se fait et l'explication vous l'avez, Messieurs, ici sous vos yeux. Voici le moulage d'un opéré de M. Quenu : celui-ci a appliqué son procédé que nous allons étudier et auquel on pourrait reprocher de permettre un affaissement de la paroi, bien plus étendu, mais moins

(1) Delorme. — Congr. de Chir., 1888, p. 229.

accentué que dans celui d'Estlander; or, que voyez-vous au niveau de la région où avait porté l'opération : une dépression profonde; la convexité thoracique y a été remplacée par une concavité et non par la surface plane que Delorme considère à tort, comme ce que l'on peut attendre de mieux.

Néanmoins, il faut bien reconnaître que la résection telle que la propose Estlander a des inconvénients : on devait chercher à faire mieux, nous avons déjà vu quelles modifications y ont apportées Schede, E. Bœckel, Bouilly, Delorme et eeux qui, d'une façon générale complètent l'Estlander par une intervention pleurale : leurs procédés ont été décrits plus ou moins longuement pendant le Congrès de Chirurgie de 1888.

Mais je préfère insister sur certaines tentatives postérieures à celles-ci et s'écartant d'avantage de l'opération primitive d'Estlander ; je veux parler des opérations de MM. Quénu, H. Delagénière (du Mans) et Boiffin (de Nantes).

M. Quénu a appliqué son procédé pour la première fois en octobre 1890 ; celui-ci a été décrit depuis par le Pr Verneuil dans un rapport à l'Académie de Médecine, puis encore dans différentes thèses (1).

Parvenir avec de moindres dégâts à un résultat sensiblement analogue à celui d'Estlander, tel est l'objectif que se propose M. Quénu. Est-il besoin, en effet, pour obtenir un affaissement de la paroi thoracique d'intéresser aussi largement les parties molles, d'enlever en totalité une portion du squelette qu'on pourrait seulement refouler ? De là le projet de ne pas supprimer un long fragment de chaque côte, mais de comprendre ce fragment entre deux courtes résections de la même côte et de lui permettre ainsi, en s'affaissant suffisamment, d'aller au devant du poumon rétracté; dès lors, les larges dégâts des parties molles deviennent inutiles ; il suffit de deux incisions parallèles, chacune d'elles permettant les résections successives de tous les fragments costaux, soit en avant, soit en arrière. Voici d'ailleurs le manuel opératoire, tel que M. Quénu l'avait tracé au moment de sa première intervention.

L'incision verticale postérieure à 15 c. de longueur : on suit le bord axillaire de l'omoplate, on passe entre les fibres du grand dorsal, on sectionne le grand dentelé, on met les côtes à nu. Se servant alors du costotome de Farabeuf, on enlève sur chaque côte un fragment de quelques centimètres. Toutes les côtes peuvent être intéressées depuis la quatrième jusqu'à la dixième. L'épaississement de la plèvre permet de la désinsérer sans crainte de déchirure.

Quant à l'incision antérieure, on la pratique parallèlement à la précédente, en arrière du mamelon. L'incision est limitée en haut par le bord inférieur du grand pectoral ; de même qu'en arrière, les côtes sont réséquées sur 15 à 20 milim. de longueur.

Ces deux incisions verticales peuvent être réunies par une incision transversale passant par la fistule pleurale et formant un H avec les deux précédentes. Cette dernière incision permet l'isolement et l'extirpation de la côte sous-jacente avoisinant la fistule; d'autre part, elle permet encore la large ouverture de la plèvre dont on fixe les lèvres avec des pinces. On peut alors explorer la cavité pleurale, la gratter à la curette, la toucher avec une solution de chlorure de zinc. On suture ensuite les trois incisions, on draine, on applique un pansement sec iodoformé.

(1) Verneuil. — *Rap. Ac. Médec.*, 29 mai 1892. — Réné Cultru. Th. Paris, 1892. — Geneu. Th. Paris, 1894.

Le procédé de M. Quénu, cause des dégâts relativement peu considérables; on en profite pour faire porter l'intervention sur une surface plus étendue de la paroi costale, pour créer un plus large volet mobile; et ce n'est pas là le seul avantage de la bénignité relative de l'opération : celle-ci étant moins grave, on tarde moins à la faire et elle a d'autant plus de chance de succès.

Depuis que M. Quénu a pratiqué cette opération, on a découvert qu'Estlander en aurait eu l'idée ; et de fait, celui-ci dit bien que dans certains cas, il y aurait avantage à pratiquer seulement des fractures costales. Il n'en a, en tout cas, jamais fait la tentative. Celle-ci aurait été faite par Wagner de Kœnigshütte : mais l'opération que ce dernier a pratiqué, diffère de celle de M. Quénu, sur plusieurs points que le Pr Verneuil a bien mis en lumière dans son rapport à l'Académie.

L'opération de M. Quénu peut du reste être avantageusement modifiée dans tel ou tel cas suivant les circonstances. On ne doit pas, par exemple, être par trop esclave de cette incision transversale passant par la fistule pleuro-cutanée; toutefois elle rend généralement service en permettant l'exploration de la cavité pleurale et son grattage. D'autre part, l'incision verticale antérieure pourra suivant les cas être portée un peu en dehors ou en dedans du mamelon : mais, à ce propos, on n'oubliera pas la situation de la mammaire interne, en dehors de laquelle il est nécessaire de savoir se tenir. Enfin, en ce qui concerne l'incision verticale postérieure, on pourra la tracer soit en avant du bord axillaire du scapulum, soit entre le bord spinal de cet os et les vertèbres.

Lorsqu'il s'agit d'une pleurésie purulente intéressant toute la plèvre, on pourrait peut-être avoir recours à trois incisions verticales, l'une antérieure, l'autre dans l'aisselle, la troisième en arrière du scapulum; on obtiendrait ainsi deux panneaux thoraciques s'affaissant plus volontiers qu'un panneau trop grand; mais jusqu'à présent cette opération n'a pas été faite.

L'opération de M. Quénu a été pratiquée cinq fois avec les résultats suivants : deux guérisons complètes, une mort, deux guérisons avec fistules.

Tout différent est le point de vue auquel se place mon élève et ami, H. Delagénière, cherchant un nouveau mode de thoracoplastie. Certes, il juge utile de donner à la paroi une mobilité qui lui permette de se rapprocher du poumon, mais il croit aussi qu'on peut compter sur la dilatation de ce dernier pour effacer l'espace mort, à condition de ne pas trop tarder d'opérer. Seulement, pense H. Delagénière, pour espérer en un pareil résultat, il faut à tout prix éviter le séjour du pus entre le poumon et la plèvre. Or, ce pus, on ne peut empêcher qu'il se produise pendant un certain temps ; ni les grattages, ni les lavages ne vont le tarir d'un jour à l'autre: il faut donc le drainer, et c'est là le point délicat. Dans tous les procédés pratiqués jusqu'alors, le drainage ne se fait pas au point déclive ; au-dessous du drain, reste le cul-de-sac costo-diaphragmatique, et, dans celui-ci, s'accumule le pus. Si l'on veut empêcher ce dernier d'y séjourner, il faut prolonger le désossement de la cage thoracique bien plus bas qu'on ne le fait, il faut placer le drain au fond même du cul-de-sac pleural. Alors, non seulement on obtiendra un drainage vraiment utile, mais on aura du même coup détruit le cul-de-sac lui-même. Or, ce cul-de-sac avait encore ce grave inconvénient, une fois séparé des feuillets pleuraux, d'être la partie de l'espace mort la plus difficile à combler ; car il est, d'une part, limité par la cage thoracique rigide, et, d'autre

part, même à l'état physiologique, il n'est rempli par le poumon qu'en partie et seulement pendant un temps de la respiration.

Supprimer le cul-de-sac costo-diaphragmatique, tel est donc le résultat que se propose Delagénière : mais quelles sont exactement les limites de ce cul-de-sac (1) ? Le diaphragme, dit Delagénière, s'étend de l'appendice xyphoïde en avant à la douzième dorsale en arrière, mais sa convexité laisse le poumon descendre plus bas à la périphérie qu'au centre. Dans l'expiration, le poumon remonte jusqu'au sixième espace, d'après Richet. Pour Sappey, le bord du poumon descend, en arrière au bord inférieur de la dixième côte, en avant au bord inférieur de la cinquième côte à gauche. Sa situation est donc représentée par une ligne fictive étendue, du cinquième espace en avant, au bord inférieur de la dixième côte en arrière. Cette ligne croise les sixième, septième, huitième, neuvième côtes ; celles-ci doublent donc le cul-de-sac pleural, et l'on devra les réséquer, tant pour permettre l'affaissement de la paroi que le drainage du cul-de-sac. La ligne d'élection réunit le point où se croisent la huitième côte et la ligne axillaire antérieure et le point où se croisent la neuvième côte et la ligne axillaire postérieure.

Le malade est couché sur le côté sain : le chirurgien est placé en face de lui ; le bras du patient est soulevé, le moignon de l'épaule porté en haut et en arrière. On recherche alors les trois points de repère suivants : le bord axillaire de l'omoplate, l'angle de l'omoplate, la huitième côte qu'on détermine avec grand soin, car c'est elle qui va guider pour la première incision. La ligne axillaire postérieure est à peu près déterminée en prolongeant jusqu'à la huitième côte le bord axillaire de l'omoplate. En avant, la ligne qu'on recherche est celle qui passe par les insertions des septième, huitième et neuvième côtes, aux cartilages ; cette ligne est sensiblement parallèle à la précédente. On tracera donc la première incision sur la huitième côte ; elle commencera en arrière, à la rencontre de la ligne axillaire postérieure avec cette côte et se prolongera en avant, jusqu'au point où la côte remonte vers le sternum. Les deux autres incisions toutes deux ascendantes sont menées aux extrémités de la première : l'incision postérieure, selon la ligne axillaire postérieure, l'incision antérieure parallèlement à celle-ci. La longueur de ces deux incisions ascendantes varie avec l'importance du volet qu'on veut soulever ; elles ont en moyenne six à huit cent. et peuvent d'ailleurs être prolongées au cours de l'opération. On détache alors, en rasant les côtes, le lambeau en U, ainsi délimité : les huitième, septième, sixième côtes, sont à nu ; on commence par réséquer la huitième et pour cela, aussi en arrière que possible, on incise le périoste, on le décolle à la rugine dans une petite étendue et on tranche la côte d'un coup de costotome. Avec le davier on saisit alors le fragment antérieur au point de la section ; on le soulève, on décolle rapidement de la plèvre sa face profonde et on l'enlève par torsion : la côte cède au niveau de son cartilage. On agit de même pour les septième et sixième côtes, parfois pour la neuvième que l'incision cutanée suffit largement à mettre à nu.

Ceci fait, on ouvre la plèvre, sans se préoccuper du siège de la fistule pleurale, mais au point déclive, au niveau de la huitième côte, et l'incision de la séreuse n'est pas faite petite de façon à y introduire prudemment un doigt, mais large au contraire, permettant l'introduction de la main toute entière qui explore aisément l'intérieur de la plèvre. Cette large incision permettra de placer le drain au point le plus favorable, dans le fond du cul-de-sac costo-diaphragmatique ; autour du drain seront suturées et la plèvre et les parties molles, enfin superficiellement la peau.

M. H. Delagénière a eu l'occasion de pratiquer trois fois cette opération pour des pleurésies purulentes et il a obtenu trois succès. Mais il croit qu'elle peut avoir bien d'autres applications, la considérant comme le premier temps de toute intervention sur le poumon : il en a fait l'heureuse expérience pour une gangrène du poumon, un kyste hydatique et un abcès du poumon. Nous reviendrons sur cette nouvelle application de la méthode à propos de la pneumotomie.

Je veux maintenant vous indiquer le principe d'une méthode appliquée une seule fois sur le vivant par un chirurgien distingué de Nantes, le regretté Boiffin ; depuis sa tentative, l'opération a été longuement étudiée sur le cadavre par un de ses élèves, M. Gourdet (1). Le procédé de Boiffin est tout différent de celui qui précède ; avec lui nous en revenons à la recherche du meilleur moyen pour supprimer ou diminuer autant que possible l'espace mort.

L'opération d'Estlander ne permet l'affaissement que d'une partie insuffisante de la paroi thoracique. Celle de Quénu est à ce point de vue bien préférable, mais cependant ne permet pas l'affaissement général de la paroi : elle laisse dans la gouttière vertébrale, en arrière du moignon pulmonaire, entre lui et la paroi postérieure, un espace mort que rien ne vient modifier. Ne pourrait-on agir plus largement encore, et permettre à l'ensemble de la paroi, aux côtes dans toute leur longueur de se rapprocher de la ligne médiane ? Pour arriver à ce résultat, on pourrait en avant se servir de la flexibilité des cartilages costaux ; mais en arrière, il faudrait faire porter la résection sur la partie de la côte la plus voisine de la colonne vertébrale ; or à ce niveau l'épaisseur de la couche musculaire, la situation du scapulum ne sont-elles pas des impossibilités à la résection ? L'unique opération pratiquée par Boiffin et les expériences cadavériques de M. Gourdet tendraient à nous montrer cette intervention comme moins difficile qu'on serait d'abord tenté de le croire.

En voici, au reste, le manuel opératoire ; on mène une incision verticale de la sixième côte à la douzième, à 3 cent. en dehors des apophyses transverses ; l'omoplate s'écarte facilement et dégage le champ opératoire. Les plans musculaires qu'on met à nu dans cette région sont plus minces et moins encombrants qu'un peu plus en dehors ; rapidement, on tombe sur les divisions du sacro-lombaire, facilement détachées de bas en haut. Le segment postérieur de la côte est alors à nu : on le dépouille de son périoste et par le procédé de P. Berger, on résèque ce segment sur une longueur de moins de 7 cent. L'extrémité externe de ce fragment est coupée à 6 ou 7 cent. de l'articulation costo-transversale ; l'interne à 1 cent. de cette articulation qu'il ne faut pas ouvrir. Ceci fait, le thorax s'aplatit facilement, grâce à l'élasticité des cartilages costaux ; l'arc costal dans son ensemble, tend à se rapprocher de la corde qui le sous-tend. Pour le maintenir en place on fait la suture des segments osseux dont les extrémités taillées à angles aigus s'appliquent l'un à l'autre sur une plus

(1) H. Delagénière. — *Contribution à l'étude de la chirurgie du poumon* in *Arch. prov. de Chirurgie*, Paris, 1894.

(1) J. Gourdet. — Th. Paris, Inst. de Bibl. scient., 1895.

large surface. On réunit ensuite, plan par plan, les parties molles et enfin la peau.

Telle est l'opération que décrit Gourdet; elle diffère un peu de celle qu'a pu pratiquer Boiffin : ce dernier, du reste, n'a eu l'idée de la méthode complète qu'au cours de l'intervention; il n'a pu pratiquer celle-ci qu'en deux fois, dans des conditions défectueuses, et le malade est mort à la suite de la deuxième intervention.

Si donc ce procédé paraît théoriquement le meilleur pour effacer la gouttière costo-vertébrale que respectent les autres méthodes, il ne faut toutefois pas le considérer comme entrée dans la pratique, mais comme actuellement à l'étude.

Parmi les méthodes proposées pour remplacer l'Estlander, je dois vous signaler celle de Delorme (1) qui consiste à soulever temporairement un volet thoracique comprenant à la fois les parties molles et les côtes. Celui-ci présentant la direction oblique des côtes, s'étendant en haut jusqu'à la troisième, en bas jusqu'à la sixième; sa base est postéro-supérieure. Pour le tracer, on pince et on lie à mesure les artères intercostales, on sectionne les côtes et on les résèque dans une faible étendue en arrière, mais sans intéresser la peau et les parties molles sous-jacentes. Le volet ainsi formé est analogue à celui qu'on trace parfois dans la boîte cranienne : il se soulève comme le feuillet d'un livre et peut, après l'opération, se rabattre et refermer complètement le thorax.

Y a-t-il grand avantage à former ainsi une cavité qui suppure? L'intervention pleurale que permet cette ouverture, la décortication pulmonaire au cas où elle est possible, suffiront-elles à remettre dans leur état normal et la plèvre et le poumon? Je ne veux pas insister davantage sur ce point, attendu que cette méthode, quoique susceptible de remplacer l'Estlander d'après son auteur, ne constitue pas une thoracoplastie à proprement parler, et que d'autre part, elle paraît convenir plus encore qu'aux pleurésies purulentes, à certaines interventions pulmonaires dont nous nous occuperons ultérieurement.

(1) Delorme. — *Contribution à la chirurgie du poumon*; in *Congrès de Chirurgie*, 1893, p. 422.

Hospices de Beauvais. — *Concours pour l'emploi d'un médecin-adjoint.* — La commission administrative des hospices de Beauvais donne avis que le mercredi 4 novembre 1896, à 9 heures du matin, il sera ouvert, à la Faculté de Médecine de Paris, un concours public pour l'emploi de médecin-adjoint des hospices de Beauvais. Le concours aura lieu devant un jury composé de cinq professeurs ou agrégés de la Faculté. Les épreuves comprendront : 1° une épreuve écrite de pathologie interne; 2° une épreuve clinique : examen de deux malades à l'hôpital, suivi d'une leçon de vingt minutes sur les deux malades. Le candidat désigné par le jury sera le candidat nommé. — *Conditions d'admission au concours.* Tous les français, docteurs en médecine d'une Faculté de France, agés de trente ans au moins, sont admis à concourir. Les candidats devront : 1° se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de Médecine de Paris. Le registre sera clos le samedi 24 octobre, à 3 heures du soir; déposer ou faire déposer les pièces établissant qu'ils sont français ou naturalisés, leur diplôme de docteur en médecine, leurs titres scientifiques, manuscrits ou imprimés; un certificat de bonne vie et mœurs, récemment délivré par le maire de la commune où ils résident. Un extrait du règlement des hospices civils de Beauvais, relatif au service de santé, est déposé au secrétariat des hospices de Beauvais, rue de Buzenval.

Récompenses. — Le Ministre de l'Intérieur a décerné la médaille d'honneur des épidémies, en argent, à M. le Dr Renaud, médecin en chef de l'hôpital militaire du Kef, à Tunis, en récompense du dévouement dont il a fait preuve lors de diverses épidémies de variole et de diphtérie qui ont sévi dans la régence.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Congrès international d'Assistance et de Protection de l'Enfance, à Genève.

Le 14 septembre dernier, à Genève, a été inauguré le Congrès international d'Assistance et de Protection de l'Enfance. La séance d'ouverture a eu lieu, comme d'ordinaire, au Palais de l'Université, dans la grande salle des fêtes, à l'*Aula*. Plus de cent cinquante personnes assistaient à cette cérémonie, dont l'éclat a été remarqué.

Dans l'assistance, on reconnaissait les représentants officiels de huit gouvernements étrangers : Etats-Unis, France, Hongrie, Portugal, Suède, Espagne, Luxembourg, République argentine. La délégation française était la plus nombreuse, malgré trois absences très regrettées, celle de MM. Monod, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques, Sabran, président de la commission des hospices de Lyon, et le Dr Thulié, président de la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance. Indisposés ou empêchés, ces congressistes de droit se sont excusés. M. le sénateur Dr Théophile Roussel, l'initiateur de tant d'œuvres et de lois bienfaisantes, est président de la délégation, dans laquelle se trouve M. Peyron, directeur de l'Assistance publique de Paris, plusieurs conseillers municipaux et généraux de Paris et de la Seine, MM. les Drs Drouineau et Napias, inspecteurs généraux des services d'assistance. La Suisse était naturellement représentée par un grand nombre de spécialistes et de philanthropes.

M. Lachenal, Président de la Confédération, a pris le premier la parole. Il l'a fait avec une simplicité qui a frappé tout le monde et surtout peut-être les Français, accoutumés à plus d'apparat autour des Gouvernants. Préoccupé, comme le sont aujourd'hui tous les esprits éclairés, de la gravité des questions sociales, il a demandé que tous les efforts se combinent pour résoudre celle du paupérisme, et, en adressant au Congrès ses souhaits de bienvenue, il a indiqué comment il comprenait le rôle respectif de l'Assistance publique et de l'Assistance privée, indispensables l'une de l'autre : l'une plus froide, mais méthodique et scientifique, l'autre plus tendre, plus inventive, plus souvent créatrice.

« Ainsi, dit M. Lachenal, l'Assistance publique donnera l'hôpital au malade, le vivre et le couvert à l'incapable du travail ; elle pourvoira au placement, afin de diminuer le chômage, en attendant que mûrisse l'idée, aujourd'hui à sa naissance, d'une organisation légale du travail, sur laquelle les avis sont encore trop divisés. L'Assistance privée, venant ensuite, apporta à ce malade la sympathie, aux convalescents, aux femmes en couches, les suppléments utiles du régime hospitalier; déplacements, remèdes et soins prolongés ; elle accordera à l'ouvrier qui chôme ou qui fait un travail inaccoutumé pour un salaire réduit, tout ce qui peut adoucir sa souffrance ; à tous ces blessés de la vie, à tous ces affligés, elle versera le sourire qui est comme la fleur de la charité. Elle sera, si l'on veut, le superflu de l'assistance, mais ne l'oublions pas, sans un peu de superflu, l'homme n'a pas tout le nécessaire. »

M. Gustave Ador, président du Conseil d'Etat et représentant du Canton de Genève, a salué à son tour le Congrès et signalé l'importance des questions inscrites à son ordre du jour, notamment celle de l'assistance par le travail, qui commence à être pratiquée en Suisse et qui a été l'objet d'essais heureux à Lausanne, à Bâle, à Berne, à Genève.

Enfin, M. Didier, Conseiller d'Etat au département de la Justice, ex-président du Comité d'organisation du Congrès, a rappelé que c'est la France qui a pris l'initiative de ces réunions internationales des amis de l'assistance et ainsi donné une preuve de plus de la générosité de son esprit. Il a souhaité le succès des travaux d'une assemblée qui se réunit « pour porter secours aux malheureux et aux petits

délaissés, pour mettre un peu d'espoir au cœur des uns et un rayon de soleil dans l'existence des autres. »

Le lendemain, on s'est réuni dans les séances de sections et les travaux ont commencé de suite.

Le côté saillant de ce Congrès a été, à propos de la plupart des questions à l'étude, la division de ses membres en deux camps difficilement conciliables ; d'une part les partisans de l'intervention de l'Etat dans toutes les questions d'assistance; d'autre part les défenseurs de l'initiative privée à l'exemple des institutions anglo-saxonnes et américaines.

Le Conseil général de la Seine, largement et brillamment représenté, a, bien entendu, soutenu l'intervention de l'Etat ; ses représentants ont même apporté à leur intervention, dans les discussions, cette impétuosité et cette pétulance presque méridionales qui donnent aux séances de l'Hôtel de Ville un cachet si particulier, mais qui détonaient un peu en face de la placidité et du sang-froid proverbial des Suisses et autres *Hommes du Nord*.

Nous y avons perdu la discussion de l'intéressant rapport de M. Drouineau, écartée pour une question de règlement dont la fixation pour les Congrès à venir devient urgente. En effet, ce Congrès n'a pas un règlement détaillé pour le fonctionnement parallèle des sections et assemblées générales. Le dualisme, inauguré pour la première fois, ne semble pas avoir été suffisamment étudié à l'avance et courrait risque de nuire aux travaux ultérieurs. C'est ainsi qu'on n'a pas trouvé place pour une séance de communications diverses, ni aux sections, ni en assemblée générale; ce qui restreint par trop le champ à l'initiative des travailleurs. On a eu à déplorer jusqu'à la fin l'absence de M. le Directeur de l'Hygiène et de l'Assistance, qui devait certainement à ce Congrès l'appoint de son prestige. Les mauvaises langues prétendaient que la présence en nombre des conseillers municipaux en était cause ; mais nous n'en croyons rien.

M. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 septembre. — Présidence de M. Hervieux.

L'intoxication gastro-intestinale chez les névropathes.

M. Debove lit un rapport sur un mémoire du Dr Clozier (de Beauvais). L'origine nerveuse des accidents décrit lui paraît plus vraisemblable que l'origine toxhémique. Les troubles de l'intestin eux-mêmes peuvent être attribués aux accidents nerveux primitifs.

La percussion auscultée.

M. Benderewski (de Kiew) présente un appareil permettant de combiner la percussion et l'auscultation. Cet appareil est surtout applicable au diagnostic de la gastroptose et de la dilatation gastrique. Il permet de déterminer les limites des divers organes : foie, rate, cœur, poumon, intestin.

Au début de la séance, M. Lereboullet a donné lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Rochard.

A.-F. Plicque.

Association scientifique britannique. — L'Association Britannique a ouvert mercredi dernier son Congrès annuel dans le Philharmonic hall de Liverpool, sous la présidence du chirurgien sir Joseph Lister, qui, dans son discours inaugural, a rendu hommage aux travaux de l'Institut Pasteur et s'est étendu particulièrement sur les nouvelles découvertes de sérumthérapie. Puis l'Association a élu ses présidents de section (il y en a dix) et elle a accepté l'invitation des autorités de Glasgow à tenir son meeting en cette ville en 1898. L'Association a entendu, dans l'hotel de ville de Liverpool, une conférence de M. Léonard Courtney sur la science économique.

REVUE DE CHIRURGIE

V. — Affections chirurgicales du tronc (rachis, thorax, abdomen, bassin); statistiques et observations ; par Polaillon. — Paris, Doin (O.), in-8°, 550 pages, 1896.

V. — Dans cet ouvrage, l'auteur a fait, avant tout, œuvre de clinicien ; on y trouvera la statistique de tous les cas soignés dans ses différents services depuis environ dix-sept ans. Ce livre, essentiellement didactique, fournit certes des documents utiles. Si l'auteur a rapporté toutes les guérisons, il a fait aussi impitoyablement mention des insuccès, et sa longue pratique lui a montré que les revers comportent plus d'enseignement que les succès.

Le volume se divise en deux parties: 1° maladies générales du tronc; maladies du rectum, du rachis, du thorax, de l'abdomen et du bassin ; 2° maladies de la région ano-rectale et les maladies des organes génito-urinaires.

Voici un exposé succinct de différents chapitres traités dans l'ouvrage : 1° Lésions traumatiques, contusions du tronc, de l'abdomen, plaies contuses par instruments tranchants ou piquants, brûlures, fractures de la colonne vertébrale, des côtes, déchirures des muscles thoraciques, de la paroi abdominale, entorses des articulations vertébrales, du bassin, luxation des vertèbres, des cartilages costaux, de l'os iliaque, plaies pénétrantes de la poitrine, de l'abdomen. 2° Affections organiques : phlegmons, abcès de la cavité pelvienne, psoïtis, gommes tuberculeuses, affections syphilitiques superficielles, ostéites des vertèbres, des côtes, du sternum, des os du bassin, sacrocoxalgie, pleurésies, névralgies intercostales, péritonites tuberculeuses, typhlites et appendicites, tumeurs bénignes, tumeurs malignes, obstruction des voies biliaires, intestinales, hernies, anus contre nature, spina-bifida.

VI. — Contribution à l'anatomie pathologique de la luxation congénitale de la hanche et à son traitement; par Bilhaut. — Clermont, Daix, 1896, in-8, 23 p.

VI. — L'ouvrage de M. Bilhaut débute par quelques lignes sur l'historique de cette affection congénitale, qui était déjà connue d'Hippocrate et désignée par lui sous le nom de luxation de la hanche de naissance. Quant à l'étiologie, il s'en faut de beaucoup que la lumière soit faite, et les avis sont très partagés. M. Bilhaut incrimine la pression amniotique, comme dans les cas de pied bot. En revanche le diagnostic en est facile : 1° il suffit, en général, de voir marcher l'enfant ; une claudication caractéristique renseigne suffisamment; 2° pendant le décubitus dorsal, la hauteur des genoux n'est pas la même. L'anatomie pathologique démontre qu'il y a le plus ordinairement disproportion entre la cavité cotyloïde et la tête du fémur, la première étant souvent trop étroite pour contenir la seconde. La malformation porte, en outre, sur les muscles dont les points d'attache sont changés, surtout en ce qui concerne les insertions mobiles.

Au point de vue du traitement, il est logique de procéder graduellement, tout en ayant comme objectif constant la réintégration de la tête fémorale dans la cavité cotyloïde. 1° Il faut recourir à la réduction manuelle dès les premières années; si on y parvient, on la fera suivre d'une immobilisation dans le plâtre pendant environ deux mois. 2° En cas d'échec, on devra recourir à l'extension continue à l'aide de poids et en maintenant le malade dans le décubitus dorsal. Après quelques semaines on tentera la réduction manuelle sous le chloroforme. 3° Si la tête fémorale a pu se réduire, mais sans être maintenue en bonne attitude, il y aura lieu d'intervenir chirurgicalement et d'augmenter les dimensions de la cavité cotyloïde. 4° Si le col fémoral a une direction vicieuse, il convient de pratiquer une ostéotomie sus-trochantérienne. 5° Si l'extension continue n'a pu assurer l'abaissement de la tête fémorale en regard de la cavité cotyloïde, il faut sectionner les brides, qui opposent une résistance quelconque à la réduction. 6° On réduira les dimensions de la capsule. 7° Dans les cas où la tête fémorale est contre l'extrémité supérieure de la diaphyse du fémur sans être supportée par un col, dans ceux où la tête est absente, par suite d'arrêt de développement, le traitement opératoire de la luxation congéni-

tale de la hanche est formellement contre-indiqué. On se bornera dans ce cas à apprendre aux malades à bien marcher; on modifiera l'ensellure lombaire à l'aide d'un corset correcteur qui obviera en même temps et dans la limite du possible à l'ascension de la tête fémorale.

VII. — La stérilisation pratique en chirurgie ; par LEVASSORT (Ch.), 1896. — Paris, Soc. d'Edit. scientif., 1896, in-8°, 124 p.

VII.— Ce travail a pour but d'exposer l'ensemble des procédés les plus simples permettant aux praticiens, tant à la ville qu'à la campagne, de réaliser l'antisepsie la plus rigoureuse. L'auteur étudie d'abord l'eau en chirurgie : filtration, stérilisation par la chaleur, stérilisation par les agents chimiques, stérilisation par la chaleur et les agents chimiques combinés, conservation de l'eau aseptique. Il parle ensuite de la stérilisation et de la conservation des crins, soies, drains, sondes, canules, etc., par le procédé de « l'obturateur automatique », ainsi que de la stérilisation et de la conservation du lait, du bouillon, de l'eau, également par « l'obturateur automatique ». Puis il aborde l'étude des instruments et des objets de pansement par la chaleur sèche, au moyen de son « stérilisateur chirurgical et de son étuve ». Il revient ensuite sur la stérilisation des objets de pansements, linges, tampons, compresses, etc., et propose quelques applications de l'aldéhyde formique à la stérilisation. Enfin, en guise de conclusion, il décrit sommairement la salle d'opérations pratique, telle qu'elle convient à toutes les bourses. Papier blanc verni au mur, linoleum ou toile cirée blanche sur le sol, lavabo, vitrines, table de bois, poêle ou cheminée tirant bien, tabourets cannés, gradins pour locaux et verreries, fort piton au plafond pour suspension à appareils plâtrés, lampes munies de réflecteurs: tels est le minimum d'une installation, facilement réalisable pour chacun. Marcel BAUDOUIN.

REVUE DE THERAPEUTIQUE

I. — Diététique de Boas dans les affections de l'estomac (1).

I. — Le traitement rationnel des affections de l'estomac entraîne les considérations suivantes : 1° Le malade doit se régler suivant ses besoins et dépenses organiques. Exception faite pour les affections gastro-intestinales aiguës ou toxiques, où le ménagement alimentaire de l'estomac représente la partie principale de la cure; comme, par exemple, dans l'ulcère, où une alimentation passagèrement insuffisante est bientôt suivie d'une courte convalescence et d'une réaction d'appétit. 2° Le mode de nourriture doit être en rapport avec les troubles objectifs et subjectifs du malade. 3° Il faut tenir le plus grand compte des désirs et tendances habituelles, ainsi que des conditions sociales. 5° Il y a lieu de considérer, dans la diététique, l'état de l'estomac, mais aussi celui de l'intestin et de tous les organes importants. Enfin, le médecin est tenu, en outre, à une obligation plus précise, qui consiste à s'enquérir chaque fois des besoins nutritifs du malade. Ici, certains chiffres sont nécessaires. Ainsi le besoin d'éléments pour un adulte de 60 à 70 kilog. s'élève. par jour, à :

Albumine	de 60 à 150 grammes.
Hydrates de carbone .	de 400 à 500 —
Graisses	de 45 à 50 —

Il est évident que les aliments peuvent se remplacer mutuellement d'après leur valeur en combustion physiologique; de sorte qu'un individu peut, sans éprouver de dommage pour sa conductibilité et son embonpoint, se nourrir aussi bien d'albumine et de graisse, que d'albumine et d'hydrates de carbone : c'est la loi d'isodynamie des aliments (Rubner).

La valeur nutritive des aliments est évaluée en calories. Ainsi :

1 gramme	d'albumine correspond à	4,1	calories.
1 —	d'hydrate de carbone à	4,1	—
1 —	de graisse — à	9,3	

de sorte que si l'on veut la valeur calorique d'un aliment quelconque, il suffit de multiplier par un des chiffres ci-dessus, les grammes d'albumine, ou d'hydrate de carbone, ou de graisse que contient cet aliment. Par exemple, un litre de lait doit contenir : 35 grammes d'albumine, 36 grammes de graisses et 48 grammes d'hydrate de carbone; savaleur calorique s'élève en conséquence à :

$$35 \times 4,1 = 143,5$$
$$36 \times 9,3 = 334,8$$
$$48 \times 4,1 = 196,8$$

soit au total à 675,1 calories. Maintenant l'homme au repos ou en travail modéré a besoin de 35 à 40 calories par kilogrammes ; c'est-à-dire que pour un homme dénourri, de 50 à 60 kilog., il faudra pour son entretien et pour améliorer éventuellement ses échanges nutritifs : 35 ou 40 × 50 ou 60 = 1.720 ou 2.400 calories, soit 2.000 en chiffres ronds.

Dans la pratique il faut donc se rapprocher le plus possible, dans les prescriptions diététiques, des indications numériques ci-dessus. Malheureusement l'évaluation calorique de chaque aliment s'élève à de réelles difficultés, parce que, si l'on connaît bien la composition pourcentale des nombreuses substances alimentaires en nature, il n'en n'est pas ainsi pour ces mêmes substances préparées pour l'alimentation. Boas obvie partiellement à cette relativité, en ayant recours, pour la diététique, aux aliments dont l'analyse à trait à leur forme culinaire, ou à ceux qui n'exigent point de préparation particulière : lait, œufs, pain blanc, cacao, viande rapée.

Valeur calorique de certains aliments. Il faut savoir que :

100 grammes	de lait complet équivalent à . . .	67, 5	calories
—	de lait écrémé	39,61	—
—	de crème	214,70	—
—	de lait de beurre.	41,56	—
Un œuf équivaut à.		80, »	—
50 grammes	d'œufs brouillés équivalent à. . .	93, 8	—
100 —	de pain grillé représentent . . .	258, 8	—
—	de biscotte de froment	357, »	—
—	de biscuit anglais	419, »	—
—	de cakes	374, »	—
50 —	de beurre	407, »	—
100 —	de viande de bœuf ou gibier (crue).	118,95	—
—	— rôtie	213, »	—
—	— bouillie. . .	207, »	—
—	de côtelette de veau (crue) . . .	142,45	—
—	— rôtie . . .	230, 5	—
—	de pigeon cru	99, 7	—
—	de cervelle de veau crue	140, 0	—

etc., etc. Ce tableau complété représente assez d'aliments pour qu'il soit possible d'établir scientifiquement la diète relative aux différentes affections de l'estomac, qu'il s'agisse de cuisine toute simple ou un peu plus prétentieuse.

Schema diététique pour la Gastrite aiguë et la Gastro-entérite. — A 8 heures du matin, 200 gr. de lait avec thé, et 50 gr. de biscuit. A 10 heures, 200 gr. de bouillon avec un œuf. A midi, 200 gr. de semoule au lait, 50 gr. de pain blanc grillé. A 3 heures, 130 gr. de lait avec 50 gr. de cake rapé. A 7 heures, 200 gr. de riz au lait et 50 gr. de biscuit.

Schema pour la Gastrite chronique. — A 8 heures, 200 gr. de soupe farineuse au lait, avec 50 gr. de pain blanc et 30 gr. de beurre. A 10 heures, 2 œufs. A 5 heures, 50 gr. de pain blanc et à 30 gr. de beurre.

Schema pour le cancer de l'estomac. — A 8 heures, 100 gr. de lait avec thé, 50 gr. de biscuit et 10 gr. de beurre. A 10 heures, 100 gr. de sa[illegible]le, 50 gr. de pain blanc rôti ou bien 100 gr. de cervelle de veau et 2 œufs. A midi, 150 gr. de riz au lait, 100 gr. de pulpe de viande de veau crue et 50 gr. de macaroni. A 3 heures, 100 gr. de thé et lait avec 180 gr. de cakes. A 7 heures, 100 gr. de crème, 50 gr. de biscuit, 10 gr. de beurre et 30 gr. de jambon haché. Suivant les circonstances, le menu pour les cancéreux peut être moins simple et comprendre : chocolat fort, caviar, poule, poissons, viande et cervelle de veau, pigeon, nouilles, riz bouilli, tout cela pour des repas plus copieux.

Diététique pour l'ulcère chronique de l'estomac. — Première semaine ; à 8 heures, 200 gr. de soupe farineuse au lait. A 10 heures, 200 gr. de bouillon avec un œuf. A midi, 200 gr. de soupe avec riz ou semoule, ou avec 30 gr. de tapioca, un

(1) Boas. — *Diagn. und Ther. der Magenkr.*, II Theil, 1895.

œuf et 10 gr. de beurre. A 4 heures, 200 gr. de lait avec 50 gr. de farine lactée et 50 gr. de cakes. A 7 heures, soupe avec 30 gr. de tapioca ou 10 gr. d'albumose. Boire en outre, dans la journée, en 3 fois (2 heures, 6 heures et 9 heures) un litre de lait. — *Deuxième semaine* : comme la *première semaine*, en ajoutant toutefois 100 gr. de biscuit ou de cakes. — *Troisième semaine* : à 8 heures, 200 gr. de lait et 50 gr. de biscuit. A 10 heures, 50 gr. de viande râpée et 1 œuf, et 200 gr. de lait. A midi, soupe avec 30 gr. de tapioca, 1 œuf et 10 gr. de beurre; 100 gr. de viande ou cervelle ou côtelette de veau, ou 100 gr. de volaille, pigeon. A 3 heures, 200 gr. de lait avec thé, 30 gr. de sucre et 50 gr. de biscuit. A 7 heures, 200 gr. de lait. — *Quatrième semaine* : A 8 heures, 200 gr. de lait, 50 gr. de pain blanc et 30 gr. de beurre. A 10 heures, 2 œufs mous et 50 gr. de pain blanc. A midi, 200 gr. de semoule au lait, 100 gr. de pomme de terre bouillie avec beurre ou 100 gr. d'épinards, 100 gr. de côtelette de veau rôti. A 3 heures, 200 gr. de lait et 50 gr. de pain blanc. A 7 heures, 100 gr. de pain blanc, 30 gr. de beurre et 60 gr. de viande hachée. Comme pour le cancer, on peut, suivant les circonstances, établir pour l'ulcère une diète plus substantielle, en introduisant dans les différents repas : cacao et sucre, thé et sucre de lait, œufs brouillés, viande rôtie, purée de carottes et de pois, volaille, marmelade de fruits, omelette soufflée, jambon, brochet, saule, truite.

II. — Un cas de mélanodermie par suite de l'emploi intérieur thérapeutique de l'arsenic; par M. le professeur Dr H. Holsti.

II. — Le cas concerne une fillette de douze ans, reçue le 21 octobre 1895 à la clinique médicale, avec des symptômes de la chorée. On lui prescrivit de la solution Fowleri par trois gouttes, trois fois par jour. Comme la malade paraissait supporter ce remède, la dose en fut augmentée d'une goutte tous les trois jours. Les symptômes avaient disparu vers la fin de novembre, mais la malade ayant eu deux accès de chorée pendant le cours de six mois et l'arsenic ne lui ayant pas causé d'embarras dyspeptiques, il fut décidé d'en continuer l'emploi encore pendant quelque temps. La malade prenait déjà trois gouttes de solution Fowleri trois fois par jour, lorsqu'on remarqua, le 17 décembre, que la peau de l'abdomen et de la nuque s'était nuancée d'une teinte bronzée. Des pigmentations foncées se trouvaient aussi au cou, à la poitrine et au dos, quoiqu'à un degré moins vif, tandis que les extrémités et le visage en étaient épargnés. Les mains et la partie inférieure des avant-bras étaient colorées d'une intense rougeur érythémateuse et leur épiderme s'écaillait en grands lambeaux, comme après la scarlatine. Des informations détaillées apprirent que l'appétit de la fillette avait diminué pendant les quinze jours derniers, mais que des embarras dyspeptiques n'avaient pas paru. La malade avait un peu maigri et son teint avait pâli, mais pas d'une manière frappante. Depuis huit jours elle avait été enrhumée et avait toussé. L'examen constata une légère rougeur à la membrane muqueuse du nez et du gosier. Rien d'anormal dans les poumons et au cœur. L'urine était trouble et contenait de l'albumine. Dans les vingt-quatre heures elle avait déposé des concrétions foncées au fond du vase. Il fut prouvé à l'aide du microscope que celles-ci consistaient de cristaux d'urate d'ammoniaque chargés de pigments verdâtres. La température était légèrement haussée, 38,2° c. le soir.

On n'a pas pu obtenir des renseignements certains sur la durée de la coloration foncée de la peau avant qu'elle fût remarquée. La malade ayant été habillée toute la journée et la teinte foncée se trouvant seulement aux endroits recouverts par les habits, on peut aisément s'expliquer qu'un hasard seul l'a révélée. La malade croyait l'avoir observée depuis une semaine sans y avoir prêté attention. De petites cloches, disparues plus tard, avaient accompagné l'affection érythémateuse des mains.

On renonça immédiatement à l'arsenic ; dans quelques jours la température devint normale et les concrétions foncées de l'urine disparurent, mais l'albumine y resta encore pendant 15 jours, ainsi que l'affection érythémateuse aux mains. La teinte foncée de la peau se décolora peu à peu et l'on pouvait parfaitement observer que le pigment avait été déposé surtout dans la partie la plus superficielle de l'épiderme, tandis que le corium n'en était pas du tout affecté.

L'état général de la malade s'améliora sous peu, de sorte qu'elle se considérait complètement rétablie ; mais lorsqu'on la fit sortir de la clinique, le 16 février 1896, c'est-à-dire deux mois après la suspension de l'arsenic, il lui restait encore des pigmentations foncées à la peau, surtout au ventre.

L'auteur fait particulièrement ressortir le caractère insidieux et perfide de l'intoxication dans ce cas, et il soutient qu'en employant l'arsenic, l'absence d'embarras dyspeptiques ne doit pas toujours faire croire que ce remède soit bien supporté. Même sous la présence de quelques troubles de l'estomac et du tube intestinal, une intoxication chronique peut avoir lieu. (*Finska Lakaresallskapeta Handlengar, Bd XXXVIII*, 1896).

Paul Cornet.

CORRESPONDANCE

Congrès international d'Assistance et de Protection de l'Enfance à Genève.

Genève, le 20 septembre 1896.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Le 15 septembre 1896 s'est ouvert, à Genève, la deuxième session du Congrès international d'Assistance et de la Protection de l'Enfance. Les discussions se sont ouvertes le 15 septembre au matin dans les sections et en assemblée générale l'après-midi.

Les principales questions à l'étude étaient : l'assistance aux étrangers, l'assistance par le travail, le rôle de l'assitance publique et de l'assistance privée ; la protection des enfants d'un jour à deux ans, l'assistance aux femmes accouchées, l'organisation de comités de défense des enfants traduits en justice.

Ces questions étaient nombreuses. Nombreuses aussi étaient les sections. Il y en a eu six qui ont travaillé à la fois. Cette multiplicité tient surtout à la circonstance que le Congrès est double; qu'il y en a deux dans les cadres d'un seul, et ni celui d'assistance, ni celui de protection de l'enfance tenant à ne laisser éliminer aucun des sujets principaux qui l'occupent; il en résulte qu'il y a beaucoup à travailler.

La *Première Section (Protection physique et médicale)*, sous la présidence de M. le Dr Ladame, a commencé la discussion du rapport de M. le Dr Ledé sur les divers *moyens d'élevage des enfants d'un jour à deux jours.*

1° L'allaitement maternel doit être encouragé soit par l'initiative privée, soit par les Etats. Chaque Etat, département, province ou canton, chaque commune, district ou municipalité devrait encourager la fondation de sociétés pour la propagation de l'allaitement maternel, et aider ces sociétés par des subventions suffisantes pour garantir une partie de l'assistance qu'elles peuvent faire, ou pour la création de maisons spéciales de refuge ou d'élevage.

2° Il appartient aux divers gouvernement de prendre les mesures nécessaires pour assurer aux familles, lorsque l'allaitement maternel ne peut être pratiqué, le meilleur recrutement des éleveuses ou nourrices internes ou externes, de faire pratiquer les examens médicaux suffisants pour le choix des éleveuses et pour éviter la contamination des éleveuses par les enfants et des enfants par les éleveuses; il y a lieu notamment de charger les services médicaux spéciaux, créés ou à créer, d'examiner les conditions de salubrité et d'hygiène des habitations des nourrices.

3° L'élevage artificiel devra être pratiqué de façon à se rapprocher le plus possible de l'élevage naturel, et les appareils à tube ou en métal devront être entièrement proscrits.

4° Le lait de vache doit être pasteurisé, ou mieux stérilisé sous pression dans la ferme même ou dans l'établissement où il est produit : la stérilisation du lait sous pression est nécessaire pour l'élevage des enfants. Les flacons doivent ne contenir que la quantité nécessaire pour un repas de l'enfant : la capacité de ces flacons doit donc varier suivant l'âge des enfants auxquels ce lait est destiné.

5° Les municipalités, communes, etc., doivent faire pratiquer une inspection rigoureuse du lait importé dans les villes;

il doit en être de même pour le lait produit dans les agglomérations. La première de ces mesures permettra d'éviter pour les enfants les dangers qui peuvent être provoqués par le transport du lait et le défaut de stérilisation avant ce transport. La deuxième mesure assurera la salubrité des étables urbaines et les accidents qui peuvent survenir chez les vaches laitières par la stabulation et la nourriture artificielle (drèches altérées, etc.).

6° L'élevage au sein doit être pratiqué aussi longtemps que possible, si la production du lait de la mère ou de la nourrice ne diminue pas, et si l'élevage au sein n'altère pas l'économie et la santé de la femme qui allaite.

7° Les enfants ne devront être nourris qu'au lait (maternel ou autre) pendant *la période prédentaire*, c'est-à-dire jusqu'à l'apparition d'au moins quatre incisives.

8° Dans les cas où l'allaitement maternel ou au sein d'une nourrice sera seul pratiqué et si la production du lait de la mère ou de la nourrice diminue, ou bien si la santé de la femme qui allaite se trouve altérée, ou après l'apparition des quatre premières incisives (*période dentaire primaire* ou période des incisives), on pourra remplacer une tétée par l'emploi d'un flacon de lait stérilisé dans les conditions indiquées, dont la quantité variera suivant l'âge et le développement de l'enfant.

9° Lors de la seconde période dentaire (*période dentaire secondaire*, ou période des molaires), on pourra remplacer une tétée par une bouillie de farines préparée au lait. Ces farines devront être de préparation aussi récente que possible et d'une nutrition supérieure ou égale au moins à celle du lait.

10° Ce n'est qu'après l'éruption des dents canines (*période dentaire tertiaire* ou période des canines) que l'on pourra tenter le sevrage des enfants, c'est-à-dire la suppression graduelle du lait dans l'élevage des enfants. L'emploi des farines données en bouillie sera continué, et on commencera la nourriture des enfants avec les œufs, les potages préparés au gras, et si l'enfant progresse avec ce mode d'élevage, le sevrage pourra être opéré. En aucun cas, l'enfant, pendant les deux premières années de sa vie (objet de cette étude), ne devra prendre de boisson autre que le lait, à moins que ce ne soit de l'eau (bouillie ou stérilisée), fort utile dans certains états maladifs.

11° Les modifications à apporter dans l'élevage et le mode d'alimentation des enfants doivent toujours avoir été conseillées par des médecins afin de sauvegarder la responsabilité des parents ou des nourrices si des troubles survenaient dans la santé des enfants, et afin de prévenir l'évolution de maladies générales telles que le rachitisme, la scrofule, la tuberculose, etc., etc.

Les *Deuxième et Troisième Sections*, réunies sous la présidence de M Gavard, ont entendu des rapports de MM. Brylinski et le Dr Moutier, sur la *Mutualité maternelle de Paris.*

M. Brylinski, négociant à Paris, a imaginé pour cette catégorie intéressante de femmes indigentes, une *Société de secours mutuels visant spécialement les besoins de la période qui suit la naissance de l'enfant.* Le premier de ces besoins est le repos, un repos d'au moins quatre semaines. Les médecins le déclarent, les gouvernements ont déjà été invités à assurer ce repos par une subvention prise sur leur budget. En attendant qu'ils s'y décident, s'ils le font jamais, M Brylinski et plusieurs de ses amis, chefs de quelques-unes des industries de l'aiguille, ont essayé de chercher dans la mutualité les ressources nécessaires à cette œuvre utile entre toutes. Et leur initiative a réussi. Fondé en 1891, la Mutualité maternelle de Paris s'est considérablement développée. Beaucoup de jeunes femmes en se mariant ont résolu de prélever sur leurs ressources de quoi pourvoir aux nécessités de la maternité et ont pu dispenser ainsi leur délicatesse de recourir à l'assistance publique ou privée. Le repos a été procuré aux jeunes mères au moyen d'une indemnité de 18 francs par semaine, répétée quatre fois. La mortalité parmi les nouveau-nés des mères mutualistes en a diminué de 30 0/0 et la santé des mères elles-mêmes s'en est merveilleusement trouvée. Ainsi l'initiative privée a pu faire seule ce que les Etats n'osent pas entreprendre.

Vœu. — Intéressé par ces renseignements et désireux, sur la demande de M. Paul Strauss, conseiller municipal de Paris, d'étendre les bienfaits de l'idée mise en œuvre par M. Brylinski, le Congrès a adopté les vœux suivants :

« Que la femme enceinte nécessiteuse bénéficie en tous pays de l'assistance médicale gratuite ; que l'interdiction du travail précède l'accouchement pendant une période à déterminer et que les femmes accouchées ne soient admises au travail que quatre semaines au moins après l'accouchement ; que le principe d'une indemnité de repos et de convalescence pour les femmes accouchées soit inscrit dans la loi ; que les pouvoirs publics favorisent par tous les moyens possibles la formation de mutualités maternelles et de Sociétés de patronage et d'assistance des mères et enfants en bas-âge. »

Dans les *Sections de l'Assistance*, M. Rilliet, directeur du bureau de bienfaisance, a lu un rapport sur *l'assistance à Genève*; M. Alexis Lombart a parlé de l'*assistance par le travail à Genève.*

En ouvrant la *séance générale* de trois heures, M. Didier a fait différentes communications ; il a annoncé, entre autres, que le Gouvernement de la République argentine se faisait officiellement représenter aux Congrès, et que le Gouvernement Anglais, par l'organe de lord Salisbury, regrettait de ne pouvoir être représenté officiellement.

M. le Dr Th. Roussel, sénateur, prend la présidence. M. H. Le Fort donne lecture des conclusions votées le matin dans les sections II et III du Congrès pour la protection de l'enfance. Ces vœux sont adoptés sans discussion et à l'unanimité par l'assemblée.

M. G. Drucker, avocat à la cour d'appel de Paris, lit un important rapport sur les *comités de défense des enfants traduits en justice, leur but, leur organisation, leur utilité.* Le Comité de Paris, qui a été le premier créé et a servi de modèle à d'autres institutions similaires, remonte à 1890 ; il fut organisé par M. le juge d'instruction A. Guillot, qui en est encore le secrétaire général. Dans ses conclusions, M. Drucker exprime l'avis que les comités de défense constituent un des moyens les plus rapides et les plus pratiques d'arriver à une solution satifaisante du grave problème de l'enfance malheureuse ou coupable ; il en préconise l'établissement auprès de tous les tribunaux, et notamment dans les grandes villes ; il détermine le but de ces comités existants ou à venir ; ils entretiendront des rapports qui faciliteront singulièrement leur tâche.

Première résolution. — Le Congrès constatant les résultats excellents obtenus par le fonctionnement des *Comités de défense des Enfants traduits en justice*, là où ils existent : 1° exprime l'avis qu'ils constituent un des moyens les plus rapides et les plus pratiques d'arriver à une solution satisfaisante du grave problème de l'enfance malheureuse ou coupable ; 2° félicite les fondateurs, les membres de ces Comités et tous ceux qui, à un titre quelconque, ont concouru à la réalisation de leurs vues, du service éminent qu'ils ont rendu à cette cause ; 3° préconise l'établissement auprès de tous les tribunaux, et notamment dans les grandes villes, de Comités de ce genre.

Deuxième résolution. — Ces Comités devront poursuivre un double but : 1° Contribuer à l'amélioration du système pénal concernant les enfants en étudiant et en signalant les diverses questions qui peuvent se rattacher à leur protection et à leur éducation ; 2° organiser d'une façon pratique, avec le concours du barreau et l'appui des pouvoirs publics, la défense des enfants arrêtés et seconder l'action de l'Administration pénitentiaire et l'intervention des établissements charitables, publics ou privés, en vue de favoriser le placement, et, s'il y a lieu, le redressement et le reclassement de ces enfants.

Troisième résolution. — A cet effet, les Comités devront chercher à obtenir d'être informés directement de l'arrestation de tout mineur. Ils se livreront à une enquête approfondie sur ses antécédents et sur son caractère, sur sa situation morale et matérielle, sur celle de ses parents s'ils sont connus. Après la décision intervenue à son sujet, ils continueront de le surveiller et de le protéger, soit dans sa famille, s'il lui est rendu, soit dans l'établissement de charité ou chez le particulier auquel il serait confié, soit dans l'école de préservation ou de correction où il serait placé.

Quatrième résolution. — Les Comités prendront pour base et pour règle directrice de leur effort l'application des trois principes suivants : 1° appel à l'initiative privée ; 2° instruction judiciaire complète et minutieuse de toute affaire concernant un enfant; 3° substitution pour les mineurs du système de l'éducation préventive.

Cinquième résolution. — Le Congrès émet le vœu de voir les comités existants et à venir augmenter leur autorité et l'efficacité de leur œuvre, en entretenant entre eux des relations, des communications et des échanges de leurs travaux.

Résolutions votées dans l'Assemblée générale du 16 Septembre.

Assistance publique et privée.

Sur le rapport de M. le Dr Rotillon, le Congrès, après avoir entendu les communications, émet le vœu que les pouvoirs publics prennent toutes les mesures d'hygiène et d'assistance de nature à s'opposer à la contagion de la tuberculose.

Assistance aux étrangers.

Le Congrès émet le vœu que les états interviennent par entente internationale ou convention pour assurer l'assistance aux étrangers. En chaque pays les gouvernements doivent favoriser la création de sociétés de bienfaisance en vue de cette assistance. Des règlements spéciaux devront déterminer la nature des rapports devant exister d'une part entre ces sociétés et les représentants officiels de leur nation, de l'autre entre ces sociétés et les autorités administratives du pays où s'exerce leur action.

M. Drouineau propose au Congrès les résolutions suivantes : 1° En dehors des cas particuliers relatifs aux marins délaissés, aux aliénés, aux enfants abandonnés, les Etats n'ont pas à intervenir par voie d'entente internationale ou de convention pour assurer l'assistance aux étrangers; 2° En chaque pays, les gouvernements doivent favoriser la création de Sociétés de bienfaisance qui auraient pour mission de subvenir à cette assistance avec les ressources qui leur viendront de l'initiative privée et des subventions de leurs pays ; 3° Des règlements spéciaux devront déterminer, aussitôt leur création et leur mise en œuvre, la nature des rapports devant exister d'une part entre ces sociétés et les représentants officiels de leur nation, de l'autre entre ces sociétés et les autorités administratives du pays où elles exercent leur action. — Adopté.

Assistance par le travail.

1° En vue de faciliter l'admission, il est indispensable que les références à exiger des assistés soient réduites à leur plus simple expression; 2° la durée du séjour, et par suite la durée de l'assistance, devra être limitée, afin de ne pas transformer le secours provisoire en secours permanent; 3° au point de vue de la nationalité, il importe que les étrangers ne soient pas exclus; 4° rapatrier dans les campagnes pour favoriser le repeuplement des villages par les assistés qui y auraient leur origine; 5° afin d'obtenir la plus grande somme d'amélioration morale, les détenus libérés participeront au bénéfice de l'assistance par le travail.

Protection de l'enfance.

1° L'allaitement maternel doit être encouragé soit par l'initiative privée, soit par les États. Pour que cet encouragement donne ses pleins effets, il importe que la femme enceinte malheureuse soit soutenue et aidée, d'autre part que la mère qui nourrit reçoive également aide et conseil. Chaque État, département, province ou canton, chaque commune, district ou municipalité devrait encourager la fondation de sociétés pour la propagation de l'allaitement maternel, et aider ces sociétés par des subventions suffisantes pour garantir une partie de l'assistance qu'elles peuvent faire, ou pour la création de maisons spéciales de refuge ou d'élevage; 2° il appartient aux divers Gouvernements de prendre les mesures nécessaires pour faciliter aux familles, lorsque l'allaitement maternel ne peut être pratiqué, le meilleur recrutement des éleveuses ou nourrices internes ou externes, de faire pratiquer les examens médicaux suffisants pour le choix des éleveuses et pour éviter la contamination des éleveuses par les enfants et des enfants par les éleveuses; il y a lieu notamment de charger les services spéciaux, créés ou à créer, d'examiner les conditions de salubrité et d'hygiène des habitations des nourrices; 3° le Congrès émet l'avis que, dans les divers pays, un règlement fixant les meilleures méthodes d'élevage d'enfants en bas âge, rédigées par les autorités compétentes, soient vulgarisées et distribuées aux nourrices et éleveuses par les soins des pouvoirs publics.

Sur la proposition de M. Lucipia :

Le Congrès, considérant que la loi civile impose aux pères et aux mères de famille l'obligation d'élever, de nourrir et d'entretenir leurs enfants; considérant que si les parents sont dans l'impossibilité de remplir leur devoir, la charge de l'enfant incombe, sans conteste, à la société, émet le vœu : 1° que la législation ne fasse plus tomber le vagabondage de l'enfant sous le coup de la loi pénale; 2° qu'aucune condamnation judiciaire puisse être prononcée contre un mineur de seize ans. Que si le mineur de seize ans est dangereux pour lui-même ou pour les autres, il soit pris des mesures administratives propres à l'empêcher de nuire et propres en même temps à amener son redressement par une éducation rationnelle.

Dans leurs *séances de vendredi matin,* les sections II et III du Congrès de protection de l'Enfance ont entendu un important rapport de Mme Kergomard sur *l'enfance coupable ou déclarée telle.* L'orateur a annoncé la formation récente à Paris d'une Société contre la mendicité des enfants dans les rues; il y a un directeur dans chaque quartier, auquel sont signalés les enfants se livrant à la mendicité. On espère, par ce moyen, arriver à de bons résultats. Dans la même séance, on a traité de la question de *l'alcoolisme chez les enfants.*

MM Rochat, Roussel, Bille, Verne, MMmes Gardy, Kergomard et Combe ont tour à tour pris la parole. Conclusions du Dr Combe :

1° *L'alcoolisme aigu et l'alcoolisme chronique ont une influence désastreuse sur la progéniture;* 2° *tout enfant atteint d'alcoolisme héréditaire, ou né de parents alcooliques, n'a qu'un seul moyen de salut : l'abstinence totale;* 3° *l'ivrognerie, dangereuse pour la famille, fatale pour la descendance, devrait être inscrite en bon rang parmi les causes de divorce;* 4° *toute jeune fille qui consent à épouser un homme adonné à la boisson commet une faute qui retombera sur elle et sur ses enfants.*

M. Dalifol a présenté *un rapport sur la question de l'augmentation de la criminalité chez les enfants.* D'après les statistiques, le crime augmente ; en France, en 1894, il y a eu 8,286 crimes ou délits commis par des mineurs au-dessous de seize ans. Il y a dix ans, il n'y en avait pas 4,000. En Suisse même, la criminalité infantile augmente. Le rapporteur déplore que les enfants ne soient pas séparés dans les prisons de Genève, qui possèdent d'affreux cachots. Dans la séance générale de l'après-midi, présidée d'abord par M. Didier, puis par M. de Kanocz, délégué officiel du royaume de Hongrie, les Congrès ont discuté les vœux proposés par M. de Pulligny à la suite de son travail sur *l'Assistance publique et privée en général, les Sociétés d'organisation de la charité.* Le premier vœu est ainsi conçu :

Le Congrès émet un vœu en faveur du développement de l'organisation de la charité suivant les principes et les méthodes appliquées en Angleterre et en Amérique. Un des buts principaux de cette organisation serait de permettre la réduction au minimum des secours d'assistance publique à domicile, en tant que ces secours seront distribués en argent, à des pauvres valides, et destinés aux besoins ordinaires de la vie.

Il provoque une discussion à laquelle prennent part MM. Peyron, Gaufrès, Grébauval, Navarre, Iselin, Roussel, Marboau, Henrot, etc., partisans et détracteurs plus ou moins convaincus de l'intervention de l'Etat dans l'organisation de l'Assistance. Finalement, la première partie a été adoptée, et le second, réduit au rang de considérant, a été remplacé par un vœu de M. Peyron, directeur de l'Assistance publique à Paris ; de sorte que satisfaction paraît avoir été donnée aux uns et aux autres. Le second vœu est de M. de Pulligny :

Le Congrès émet un vœu en faveur du principe du *travail d'épreuve,* comme condition du *secours d'attente,* qui précède les résultats de l'enquête et comme premier degré de secours efficace.

n'a pas soulevé de discussion.

Les conclusions d'un travail de M. Rossi, sur le même sujet, sont adoptées.

1° L'assistance des pauvres nationaux, pour autant qu'elle n'est pas exercée dans les hospices spéciaux, doit être à la charge des communes sous la surveillance des autorités de l'Etat. L'Etat doit y contribuer moyennant des subsides proportionnés aux frais supportés par les communes; 2° l'obligation de l'assistance incombe à la commune dont le pauvre est ressortissant, ou par origine, ou par acquisition de l'indigénat, — soit de plein droit après un certain nombre d'années de domicile, soit volontaire, — et non à la commune de domicile; 3° l'assistance des pauvres étrangers doit être à la charge de l'Etat.

Le Congrès a ensuite voté, sans discussion, les résolutions suivantes sur le rapport de M. Barthès, adoptées le matin par les sections de la protection de l'enfance : 1° institution d'une Société protectrice de l'enfance dans toute ville possédant environ 20,000 habitants ; 2° institution d'un comité local de la protection de l'enfant du premier âge dans chaque canton ou commune ayant plus de vingt-cinq enfants à surveiller. Celui-ci devra se mettre en rapport avec toutes les communes de son ressort possédant des enfants protégés ; 3° le président de la Société protectrice de l'enfance fera de droit partie des commissions administratives.

On a fait de même à l'égard des propositions suivantes de M. Marbeau et Mme Cremnitz : 1° qu'il soit créé des crèches surtout dans les centres industriels et à proximité des usines, en assez grand nombre pour que les femmes qui travaillent hors de leur domicile en trouvent à leur portée; 2° qu'elles soient établies dans les conditions hygiéniques les meilleures possibles; 3° qu'elles soient soumises à la surveillance exacte et quotidienne d'un médecin.

Et sur les propositions de M. le Dr Saint-Philippe : 1° qu'il se forme partout où ce sera possible, un office central des œuvres s'occupant sous une forme quelconque de la protection de l'enfance; 2° cet office servirait de lien, d'intermédiaire et de raccord entre ces différentes œuvres dans le fonctionnement desquelles il n'aurait à intervenir en quoi que ce fût ; 3° il aurait la mission de centraliser les renseignements statistiques relatifs à cette branche de l'assistance publique et privée et s'efforcerait d'assurer une répartition plus rationnelle et plus efficace des secours dont l'enfance malheureuse doit bénéficier.

Voici les conclusions du rapport de M. Dalifol.

De l'augmentation de la criminalité chez les enfants, et en particulier des mesures préventives employées en Suisse.

Le Congrès, considérant qu'il résulte des observations consignées au rapport présenté par M. Dalifol, que la criminalité chez les enfants est en augmentation dans presque tous les pays, émet le vœu que pour prévenir et combattre le danger social résultant de cette situation, il soit fait application des principes suivants : 1° Conception plus rationnelle du rôle prépondérant que doit avoir l'enfant, 2° éducation de l'enfant, l'instruction n'étant que partie de celle-ci, le développement du sens moral en étant la base; 3° éviter le stigmate de la peine en séparant presque tous les services de l'enfance malheureuse ou vicieuse des services des prisons; 4° ne pas donner aux enfants dans les établissements d'éducation un luxe qu'ils ne doivent plus retrouver dans l'avenir ; 5° inspirer la crainte de la peine par un système plus répressif dans les prisons, exclusion faite de tout châtiment corporel; 6° union de toutes les œuvres : *a*) union des œuvres privées entre elles; *b*) union des pouvoirs publics et de la charité privée.

Les trois premiers vœux sont seuls adoptés avec des modifications de détail.

De la protection administrative de l'enfance.

M. Gavard préconise l'institution par l'Etat de crèches, écoles enfantines ou maternelles, cuisines et cantines scolaires, classes gardiennes. Les crèches, surtout pour les localités industrielles et populeuses, destinées aux enfants en bas-âge. Les écoles enfantines ou maternelles pour les enfants âgés de 3 à 7 ans. Les classes gardiennes après les heures de classe ordinaire et jusqu'à la rentrée des parents pour les élèves des écoles enfantines et primaires qui sans cela seraient privés de la surveillance familiale.

La fréquentation peut en être déclarée obligatoire, comme le prescrit la loi scolaire genevoise de 1895, pour les élèves des écoles primaires appartenant aux familles ci-dessus visées. Les cuisines scolaires sont destinées, soit aux élèves des classes gardiennes, soit aux enfants nécessiteux, soit à ceux qui habitent des localités éloignées de l'école. L'Etat doit fonder aussi des classes spéciales pour les élèves indisciplinés, qui troubleraient les leçons de l'école primaire.

Il institue également des écoles professionnelles et des écoles d'apprentissage, en vertu de cet axiome social que, s'il est indispensable de savoir lire, écrire et calculer, il n'est pas moins indispensable d'apprendre à travailler. En ce qui concerne l'enfance malheureuse, l'Etat doit revendiquer les droits de tutelle sur les enfants que leurs parents négligent volontairement ou par incapacité et qu'ils maltraitent ou pervertissent.

Il peut recourir aux efforts auxiliaires des communes, des citoyens et de l'initiative privée. Dans ce dernier cas, les institutions ou associations particulières qui se proposent de coopérer à l'œuvre commune doivent être agréées par les pouvoirs publics et se conformer à certaines règles. L'Etat doit simplifier, autant que possible, la procédure destinée à obtenir la déchéance de la puissance paternelle et à empêcher les parents indignes d'exploiter leurs enfants une fois en état de gagner leur vie. Il y a deux sortes de déchéance : la déchéance totale, prononcée par le Tribunal de première instance, dans les formes ordinaires, à la suite d'un crime ou d'un délit grave ; la déchéance partielle, impliquant la privation des droits de garde, de surveillance et d'éducation, et prononcée, après procédure sommaire, par le Président du Tribunal de première instance ou par l'autorité tutélaire. La réhabilitation des parents déchus ne peut avoir lieu que deux ans au moins après le jugement. Les frais d'entretien et d'éducation des enfants soustraits à l'autorité de leurs parents doivent être mis en tout ou en partie à la charge de ces derniers.

Suivant la gravité du cas, ou lorsqu'ils chercheront à se dérober à cette obligation, les parents indignes pourront être condamnés à une amende, à la privation temporaire des droits civiques, à la prison, ou à l'internement dans une maison de travail ou de correction. La protection de l'Etat peut s'étendre jusqu'à la majorité du mineur ; elle se transforme dès lors en une paternelle et vigilante sollicitude. Les parents honnêtes matériellement empêchés, pour une cause quelconque, de nourrir et d'élever leurs enfants, peuvent transmettre à l'Etat leurs droits de garde, de tutelle et d'éducation, tant que subsistera la cause de leur incapacité. Une fois l'enfant remis aux soins de l'Etat, celui-ci le fait placer en observation durant une période suffisante pour qu'il soit possible d'étudier son caractère, ses aptitudes et sa mentalité en vue du placement le plus profitable. S'il résulte de cette période d'observation que l'enfant est vicieux, l'Etat procède à son placement, comme il sera dit plus loin. Au point de vue du placement de l'enfance abandonnée, il convient de recommander d'abord le système familial; en second lieu, la création d'établissements spéciaux fondés sur le groupement des enfants par dix ou douze en des maisons séparés, selon leur âge ou les professions auxquelles ils se destinent. L'éducation donnée aux enfants moralement abandonnés doit correspondre aux conditions dans lesquelles ils seront appelés à vivre. L'apprentissage doit former aussi bien de futurs artisans et techniciens que de futurs agriculteurs; les filles apprendront en outre à bien tenir un ménage. Pour le placement familial, il conviendra de choisir avec soin les familles, de les diriger et de les contrôler régulièrement dans leur tâche éducative, de requérir dans ce but le concours des autorités communales et scolaires. Le jeune homme, une fois son apprentissage terminé, sera pourvu d'un établissement convenable qui lui permettra de gagner honorablement sa vie. Un livret d'épargne lui fournira les moyens d'acquérir l'outillage nécessaire au moment où il entrera dans la lutte pour l'existence.

Veuillez agréer, etc.

(*A suivre*). A. Marie.

BIBLIOGRAPHIE

Jurisprudence pharmaceutique; par Paul Roué, avocat à la cour d'appel de Paris). — Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Ce volume, qui fait partie de la *Petite Encyclopédie médicale* sera fort utile aux médecins et surtout aux pharmaciens. Les rapports légaux qui existent entre eux leur sont généralement peu connus; d'un autre côté il est fort important pour le pharmacien d'être renseigné sur toutes les obligations que la loi lui impose dans l'exercice de sa profession. L'ouvrage de M. Roué comprend dix-sept chapitres parmi lesquels nous remarquons ceux qui ont rapport aux devoirs et au secret professionnels, à l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, à l'exécution des ordonnances, etc. Les conditions dans lesquelles le médecin est légalement autorisé à délivrer des médicaments sont passées en revue et discutées avec soin: De nombreux extraits de jugements et citations viennent corroborer les interprétations données par l'auteur. P. Yvon.

Les alcaloïdes des quinquinas; par E. Léger, pharmacien en chef de l'hôpital Beaujon, préparateur de chimie générale au Conservatoire national des Arts-et-Métiers. — Société d'Éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Cet ouvrage dont la préface a été écrite par M. le Pr Jungfleisch, mérite d'attirer toute l'attention du lecteur. Le nombre des principes immédiats retirés des plantes est aujourd'hui considérable, même si l'on veut se borner à n'envisager que les alcaloïdes. De tous les végétaux les quinquinas sont certainement ceux qui ont été le plus étudiés par les chimistes, et desquels on a retiré le plus grand nombre d'alcaloïdes, dont la découverte successive s'échelonne depuis les premiers travaux de Pelletier et Caventou jusqu'à nos jours. Ces découvertes font l'objet de nombreux mémoires et notes parus dans divers recueils scientifiques français et étrangers, et M. Léger s'est imposé un travail considérable en dépouillant, en analysant tous ces mémoires et en conciliant des faits et des textes souvent contradictoires.

L'ouvrage que nous présentons aujourd'hui au lecteur est une monographie complète des alcaloïdes des quinquinas, et constitue un document de haute valeur pour leur histoire chimique. Il est divisé en quatorze chapitres: les deux premiers renferment des renseignements sur la composition chimique des quinquinas et des généralités sur les alcaloïdes qui en ont été extraits; ces alcaloïdes et leurs dérivés de substitution, et d'addition sont ensuite étudiés en détail, en commençant par la *cinchonine* et ses isomères et non isomères, puis la *cinchonidine* et la *cupréine*.

Le chapitre VI, un des plus importants est consacré à l'étude de la *quinine* et de ses sels: les différentes méthodes d'essai du sulfate de quinine sont décrites et discutées avec soin.

M. Léger s'occupe ensuite de la *quinidine*, de la *quinamine* et de la *conquinamine*. Dans les chapitres X et XI il étudie les alcaloïdes du *Remijia purdicana* et des écorces de *cuzco*. Les différentes méthodes d'analyse des quinquinas sont exposées dans le chapitre XII qui est subdivisé en trois parties. Dosage de la quinine, dosage de l'ensemble des alcaloïdes. Séparation et dosage des divers alcaloïdes. L'étude des bases et acides dérivés des alcaloïdes des quinquinas et celle de la constitution chimique de ces alcaloïdes fait l'objet des derniers chapitres. Un index bibliographique très complet termine cet ouvrage, dont l'importance et l'utilité n'échapperont pas aux lecteurs. P. Yvon.

École du service de santé de la Marine. — Liste, par ordre de mérite, des étudiants en médecine *navale* et en pharmacie nommés après concours, élève du service de santé de la marine à l'École de Bordeaux : 1° *Ligne médicale*. Noc, Le Feunteun, Viala, Dufour, Barthe, Kerandel, Martin, Lesson, Fichet, Marty, Bourges, Brengues, Lonjarret, Carrière, Marque, Bellile, Couvy, Plomb, Fermond, Petit, Gravot, Le Maoût, Rousseau, Clavet, Pouthiou, Chanaud, Gallet de Santerre, Brochard, Sibiril, Marchegay, Pioufile, Rogé, Grossin, Erdinger, Lucas, Bernard, Augé, Ribot, Imbert, Adam, Lorans, Caboureau, Ledoux, Ayraud, Lenoir. — 2° *Ligne pharmaceutique*. Métayer, Colin.

VARIA

Infirmières et Chirurgiens.

L'incident de la Maison Dubois.

M. le Dr Picqué, chirurgien de la Maison Dubois, a adressé la lettre ci-dessous au Directeur général de l'Assistance publique :

Paris, 17 septembre.

Monsieur le Directeur général,

Depuis plusieurs mois, j'ai eu à vous signaler l'insuffisance du nombre des gardes à la maison Dubois. Ce matin, j'ai pratiqué deux opérations très graves et le directeur m'apprend qu'il n'a pas de gardes à mettre à ma disposition. J'ai dû, pour sauvegarder ma responsabilité, rester à l'hôpital en permanence, en attendant l'arrivée des gardes que je vous ai demandées par téléphone. Il est deux heures et demie et je quitte l'hôpital réellement écœuré du peu de souci que l'administration montre vis-à-vis des malades payants de la maison municipale et je vous laisse la responsabilité de ce fait scandaleux. Je tiens à vous prévenir qu'à partir d'aujourd'hui, 17 du courant, je cesse toute opération à l'hôpital, en attendant que vous preniez une décision à cet égard. Veuillez agréer, Monsieur le Directeur général, l'assurance de ma considération distinguée. Picqué.

Les faits qui ont motivé cette lettre sont les suivants : depuis plusieurs mois, M. Picqué avait adressé à l'Administration plaintes sur plaintes. Les Malades, à la maison Dubois, ont le droit d'avoir une garde, qu'ils payent d'ailleurs. Or, les gardes, d'après M. Picqué, manquaient souvent; lorsque, d'aventure, l'administration en envoyait, elles étaient ignorantes, sales ou pis encore. Ne recevant nulle réponse aux lettres qu'il adressait à ce sujet, M. le Dr Picqué réclama une enquête; les conclusions du rapporteur lui furent favorables; mais aucune réforme ne fut faite.

Ces jours derniers, ce chirurgien avait à pratiquer trois opérations. Au moment de partir, il apprit qu'il n'y avait aucune infirmière-garde disponible. Il téléphona à l'Assistance publique, pour informer le Directeur de la situation, et attendit. A deux heures et demie, obligé de partir, il adressa à ce dernier la lettre ci-dessus. A cinq heures et demie, il revint; sur quatre infirmières arrivées, il dut en refuser deux. Il dut prier l'interne de service de remplacer, dans la mesure du possible, auprès des trois opérées, les gardes qui n'arrivaient toujours pas. Tels sont les faits.

Le *Temps* a interviewé à ce sujet le secrétaire général de l'Assistance publique, qui remplace le directeur actuellement en congé, et M. le Dr Picqué. Voici les déclarations qui lui ont été faites de part et d'autre :

La Maison Dubois, a dit M. Derouin, n'est pas du tout un hôpital. C'est une maison de santé organisée sur des bases particulières. C'est ainsi que les malades payent pour leur entretien et ont droit à une chambre particulière. Comme, pour la plupart, ils doivent subir des opérations souvent fort graves, il est nécessaire qu'ils aient auprès d'eux des gardes en permanence. Ces gardes, d'ailleurs, sont payées par eux. Pendant une très longue période, nous faisions venir, comme le font les simples particuliers, ces gardes du dehors, au fur et à mesure des besoins. Les chirurgiens et les médecins se sont plaints de ce système; les gardes ainsi recrutées, n'offraient pas, d'après eux, des garanties suffisantes au double point de vue de l'expérience et de la science. Aussi notre Administration a-t-elle créé, il y a quelques années, un corps d'infirmières-gardes, affecté spécialement à la maison de santé municipale. Je n'ai pas sous les yeux le dossier de l'affaire actuelle. Il se peut qu'en juillet dernier M. le Dr Picqué ait présenté quelques observations sur ces infirmières-gardes. Je dois dire ici que M. Picqué est un excellent chirurgien; depuis qu'il est à la maison Dubois, il nous a attiré beaucoup de monde; il a donc le droit de se montrer exigeant. On n'a pu cependant lui donner satisfaction; et voici pourquoi : les infirmières-gardes sont bien payées par les malades, mais seulement durant le temps qu'elles soignent ces derniers. Comme elles doivent rester à la maison d'une façon permanente, elles sont forcément inoccupées le plus souvent; c'est alors l'administration qui survient à leur entretien. Or, notre budget n'est pas considérable, et nous n'avons pu créer que quatorze postes. M. le Dr Picqué nous demande d'augmenter ce nombre. Nous n'avons, à la Maison Dubois, aucune place disponible. Si nous prenons de nouvelles infirmières-gardes, nous devrons leur payer une indemnité de nourriture et de logement: ci 1,800 francs pour chacune.

Vous voyez ainsi l'importance de la réforme, que l'on nous demande. Or, nous n'avons pas le droit d'engager d'aussi fortes dépenses permanentes. Ce sont les Conseils dont nous dépendons : le Conseil municipal et le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, qui ont seuls ce droit. Ces conseils sont en vacances depuis juillet ; et ce fait vous explique suffisamment, je pense, notre attitude. Quant au fait particulier qui s'est passé et qui me concerne directement, voici ma réponse : « M. le Dr Picqué, qui avait, et je le comprends, conçu quelque humeur, de voir rester sa plainte sans effet, m'a téléphoné, à onze heures et demie. Immédiatement, j'ai donné l'ordre aux hôpitaux voisins et notamment à l'hôpital Lariboisière d'envoyer de suite quatre infirmières à la maison Dubois. Il paraît qu'elles ne sont pas parties sur le champ ; peut-être ont-elles dû assister, dans leurs hôpitaux, à la fin de la visite ; elles ont dû, en tout cas, déjeuner et faire leurs préparatifs. Cela n'est pas sans prendre quelque temps.

« Au surplus, voici un petit fait significatif et que m'a affirmé le directeur de la Maison Dubois. Il paraîtrait qu'au moment où M. le Dr Picqué a réclamé des infirmières ; il y en avait trois de disponibles dans un service voisin ; on les a offertes à l'éminent chirurgien ! Il les aurait refusées : *elles ne portaient pas le numéro de son régiment.* » — Nous espérons qu'après les explications que je vous ai fournies, M. Picqué reviendra sur sa décision. Nous lui avons envoyé quatre gardes : il les gardera tant que besoin sera. Quant au fond même du débat, seuls M. Peyron, le Conseil municipal et notre Conseil de surveillance peuvent décider. Il faut attendre leur retour.

M. le Dr Picqué a fait, à son tour, les déclarations suivantes, qui s'accordent assez mal avec celles que l'on vient de lire :

« C'est une vieille histoire, et qui ne date pas du tout du mois de juillet. Il y a des mois que j'ai constaté de quelle façon détestable, horrible était fait, à la maison Dubois, le service des gardes. Or, ce service est d'une importance extrême ; c'est la seule garantie qu'aient opérés et opérateurs. Quand on m'envoyait des gardes, elles étaient sales, repoussantes, le plus souvent d'une moralité contestable. Il y a trois mois, j'ai fait révoquer trois d'entre elles, dont les mœurs étaient révoltantes. Si on me pousse, je préciserai. Le plus souvent, les gardes ne venaient pas. J'ai vu souvent des malades qui, par pitié, montaient la garde auprès d'autres malades. Non il n'existe pas ici de corps constitué d'*infirmières-gardes*. Quand on en a besoin, on va les chercher dans les hôpitaux, qui donnent le pire de ce qu'ils ont. Il ne faut pas s'en étonner. Un directeur d'hôpital me disait dernièrement que c'est probablement pour faire sa cour au Conseil municipal que M. Peyron envoyait à la Maison Dubois, hôpital payant, le rebut de son personnel, tandis qu'il réserve tout ce qu'il a de mieux pour les hôpitaux gratuits. Aussi me suis-je plaint à diverses reprises. Presque chaque soir, en effet, je vais faire moi-même ma contre-visite, et je vois comment les choses se passent. On ne m'a jamais répondu. Vers avril dernier, j'ai demandé une enquête. L'Inspecteur général de l'Assistance est venu fin juillet. Il a écouté mes doléances, a déclaré mes demandes légitimes, m'a promis de conclure en ma faveur... et je n'ai plus entendu parler de rien. Ni le directeur, ni le secrétaire général ne sont, d'ailleurs, même une seule fois, venus ici se rendre compte eux-mêmes. C'est sur ces entrefaites qu'est survenu l'incident d'hier. Vous en avez donné le récit exact ; voici cependant deux détails révoltants. Sur les quatre gardes arrivées ici, à cinq heures et demie du soir, j'ai dû en renvoyer deux : l'une venait du bastion 29, où se soignent des maladies contagieuses ; l'autre m'a avoué n'avoir jamais vu d'opérés ! Quant à la question d'argent, voici qui est caractéristique : Il est vrai que, l'année dernière, le budget de la Maison Dubois a été en déficit de 100,000 fr. ; mais dans les six premiers mois de cette année 70,000 fr. ont été ratrappés. Cette question, au surplus, ne doit pas être soulevée. L'Administration s'engage, par contrat, lorsqu'un malade entre, à mettre à sa disposition une garde : si elle ne peut tenir son engagement, eh bien ! qu'elle ferme boutique.

« Voici ce à quoi je suis résolu : je continuerai mon service et soignerai comme devant mes opérés, mais je refuse de pratiquer toute opération avant que l'administration ait mis à ma disposition des infirmières-gardes expérimentées, propres et en nombre suffisant. »

Le Sanatorium pour tuberculeux de Saint-Trojan (Ile d'Oléron).

Voici quelques détails sur l'inauguration, par le président de la République, du sanatorium de l'île d'Oléron.

Reçu au débarcadère par l'amiral Prouhet, préfet maritime de Rochefort, par MM. le comte Lemercier, président du conseil général, Garnier, Braud, Trélat, Bourcy et Dupont, députés, Bisseuil, sénateur, Hérard, membre de l'Académie de Médecine, Richier, sous-préfet de Marennes, Geay, maire de Saint-Trojan, et les membres du conseil de l'œuvre des hôpitaux marins, le président de la République, qui était accompagné de M. Hélitas, préfet de la Charente-Inférieure, s'est immédiatement rendu au sanatorium de Saint-Trojan, qu'il est venu inaugurer et dont il a visité les salles en détail.

A l'entrée du sanatorium, le bouquet traditonnel a été offert au Président. La jeune fille chargée de l'offrir a cependant innové : elle a chanté, sur un air de cantique, son compliment de bienvenue. M. le Dr Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine, président de l'œuvre, en souhaitant la bienvenue à M. Félix Faure, l'a remercié de sa visite à cet hôpital, où les enfants scrofuleux seront hospitalisés pour la tuberculose ; il a remercié les ministres de l'intérieur et de l'agriculture dont la subvention de 600,000 francs prélevée sur les fonds du pari mutuel a permis l'édification du sanatorium ; enfin il a fait l'éloge de l'architecte, M. Lecœur.

Le Président a visité en détail l'établissement construit sur le modèle des sanatoriums de Berck, Banuyls, Fouras, etc. Un lunch a eu lieu ensuite.

Le Président de la République, en portant un toast à M. le Dr Bergeron, a dit qu'il était heureux de fêter, en même temps que le succès de son œuvre, sa 80e année.

On s'est demandé comment le service des eaux pouvait y être assuré, au milieu de la mer en quelque sorte. Ç'a été, en effet, une des difficultés de l'installation, mais elle a été parfaitement résolue. La salle d'hydrothérapie, les bains sont abondamment pourvus de bonne eau et de puissantes chasses d'eau assurent le nettoyage des canalisations d'égout de l'établissement. Toute l'eau potable est stérilisée au moyen d'un appareil, que l'on a fait fonctionner, lors de son passage, devant le président de la République. La stérilisation ne revient qu'au prix modique de cinq centimes le mètre cube. L'appareil est dû à l'ingénieur Desmaroux et il est construit par la Compagnie aérohydraulique. M. Félix Faure en a complimenté l'inventeur, et il a fait remarquer au général Tournier et à l'amiral Prouhet les avantages que pourrait procurer son emploi à l'armée et à la marine. Cet appareil, grâce au concours de M. Vaillard, le professeur de bactériologie au Val-de-Grâce, semble réaliser le dernier mot de la stérilisation. Il paraît y avoir, là, en effet, une excellente solution du problème si difficile et si important pour l'hygiène de la stérilisation de l'eau.

Le matériel du service de santé de l'expédition de Madagascar.

La direction du service de santé a organisé fortement (en outre du personnel et du matériel affectés normalement à chaque corps et qui furent dès lors à peu près doublés), les différentes formations sanitaires, savoir : 2 ambulances actives, n° 3, du type d'Algérie modifié ; 4 hôpitaux de campagne, à 250 lits chacun ; 1 hôpital d'évacuation, pour 500 malades, avec étuve à désinfection ; 1 sanatorium pour 500 malades, avec étuve à désinfection ; plus, 16 infirmeries-ambulances du type du Tonkin. En outre, après entente avec le département de la marine, un grand transport (d'abord le *Shamrock*, et, plus tard, le *Vinh Long*) devait stationner en rade de Majunga, pour y servir comme bâtiment-hôpital d'une contenance d'environ 350 lits. De larges prélèvements faits sur le personnel des services de santé de la guerre et de la marine permirent, dès le début, de doter le corps expéditionnaire de : 70 médecins (dont 50 de la guerre et 20 de la marine), 8 pharmaciens ; 22 officiers d'administration (1), plus 9 aumôniers (8 catholiques, 1 protestant) et 14 sœurs hospitalières de la mission de Madagascar (ordre Saint-Joseph de Cluny), ce qui permit, outre 26 médecins répartis, par 2, dans chacun des 13 bataillons d'infanterie,

(1) Il convient de signaler, ici, que le personnel médical, dont le dévouement a été au-dessus de tout éloge, a subi, au cours de la campagne, ou pendant et depuis le rapatriement, des pertes cruelles : 4 médecins, dont 2 de la marine, 2 officiers d'administration des hôpitaux et 2 aumôniers catholiques sont décédés ; beaucoup ont dû être rapatriés pour cause de santé et plusieurs sont encore actuellement hospitalisés. Ces pertes ont entraîné l'envoi complémentaire, à Madagascar, pendant l'expédition, de 27 médecins, 8 officiers d'administration et plusieurs aumôniers (particulièrement affectés au service des rapatriements), plus 285 infirmiers, c'est-à-dire, pour ce qui concerne ces derniers, un chiffre presque égal à celui du premier départ.

de doter chacune des formations de : 5 médecins par ambulance active ; 5 médecins par hôpital de campagne ; 5 médecins à l'hôpital d'évacuation ; 6 médecins au sanatorium. Quant au matériel du service de santé, il fut constitué sur les bases suivantes : 3 appareils pour la stérilisation de l'eau (un pour 20,000 litres et les deux autres, chacun, pour 10,000 litres) ; 5,600 brancards ; 500 couchettes d'hôpital, avec literie complète et moustiquaire ; 2,500 supports-brancards, avec moustiquaire (système Struss), literie complète et moustiquaire ; 20,000 paquets de pansement individuel et un très large approvisionnement de médicaments ; Plus comme abri-mobiles : 10 tentes Tollet ; 27 tentes tortoises modifiées ; 57 tentes coniques ; 62 baraques démontables, du modèle Wehrlin-Espitalier. L'ensemble permettait d'hospitaliser simultanément, non compris les hommes en traitement dans les infirmeries-ambulances, environ 2,500 malades, soit un sixième de l'effectif du corps expéditionnaire. (*Sem. méd.*).

Le Service médical des Manœuvres en 1896.

Voici quelques renseignements sur la santé des troupes aux grandes manœuvres, qui ont eu lieu récemment en Charente-Inférieure. Ils proviennent du médecin principal, au dire de l'*Echo de Paris*.

On a constaté, depuis le début, trois décès par accident, coup de pied de cheval ou chute. Aucun homme n'est mort de maladie ; il y a eu quatorze cents indisponibles qui, presque tous, ont repris leur service après une absence plus ou moins courte. L'hôpital contient soixante-quatorze malades. Les affections dominantes sont les maladies des bronches, pneumonie, etc., etc. On soigne aussi un certain nombre de fiévreux, surtout parmi les troupes d'infanterie de marine. Sur plus de quarante mille hommes qui sont engagés, ces chiffres sont, en somme, assez faibles et proportionnellement inférieurs à la moyenne observée d'ordinaire pendant les manœuvres.

Le médecin principal a dit à ce propos que le mauvais temps pluvieux et doux est encore meilleur pour la santé que la grande chaleur. La *Société des Dames de France* a installé, près de la gare de Rouillac, une petite baraque en planches, avec des banquettes rembourrées, où malades et éclopés peuvent venir se reposer, en attendant leur évacuation par chemin de fer. Les officiers ont beaucoup raillé cette petite ambulance, qu'ils appelaient un chalet-joujou. Pourtant le médecin principal estime qu'elle a rendu des services. Les malades y ont trouvé des bandages, des gâteaux, des tasses de chocolat ou de café bien chaud, des grogs et aussi des sous ou de bonnes paroles obligeamment donnés par un essaim de jeunes dames qui ont paru de très agréables infirmières.

D'après le *Temps*, les malades auraient été assez nombreux. Les marches ont causé beaucoup d'éclopés ; les pluies incessantes, les gîtes insuffisants parfois, les nuits de grand'garde, les brusques écarts de température ont amené des maladies ou plutôt des indispositions qui ont vite rempli les voitures d'ambulances. Mais le transport des malades s'est fait avec facilité. Le corps médical a été à la hauteur de sa mission. Des installations sanitaires dues aux sociétés de secours aux blessés et qui ont fonctionné dans plusieurs villes, notamment Angoulême et Rouillac ont rendu les plus grands services. Les dames charentaises ont rivalisé de dévouement dans cette circonstance.

Cas de Fulguration.

Pendant le violent orage qui s'est déchaîné la semaine dernière aux environs de Pagny-sur-Moselle, du côté de la côte de Prény, la foudre s'est abattue sur un troupeau de moutons en pâture sur le territoire de la commune de Vandières. Le troupeau, composé d'une centaine de moutons, a été complètement foudroyé (ferme de Villers-sous-Prény).

Au moment de l'averse qui a précédé le coup de foudre, le berger avait étendu son manteau sur ses épaules et tenait sa petite fille abritée sous l'un des pans. Le jeune fils d'un cantonnier s'était aussi abrité aux côtés du berger et tenait le chien du troupeau entre ses jambes. Ce chien a été foudroyé. Les deux enfants ont été relevés inanimés et transportés au domicile de leurs parents, où ils ont été, pendant plus d'une heure, privés de la parole. Le berger a eu une oreille arrachée par la foudre et est resté sans connaissance. Il n'a pas recouvré l'usage de ses membres. Il est presque totalement paralysé, et le médecin qui lui donne ses soins craint qu'il ne reste infirme. Une vache appartenant au même fermier et qui se trouvait à 10 mètres du troupeau a été tuée raide.

D'autre part, M. P..., maire de Chef-Boutonne et conseiller général des Deux-Sèvres, a été tué, ces jours derniers, par la foudre, étant à la chasse. On l'a trouvé la face contre terre, le fusil chargé encore maintenu en travers sur le bras droit, au sommet d'un champ formant mamelon à cent mètres de la route de Chef-Boutonne à Fontaines. Le chien, fidèle, couché auprès du maître, lui léchait la jambe mise à nu par les déchirures de l'étoffe et poussait des hurlements plaintifs. Le corps était presque intact. Sur le derrière de la tête seulement, à la nuque, au point où la décharge électrique s'était produite, on voyait une plaie contuse, large comme la paume de la main, avec les cheveux brûlés tout à l'entour. La face était complètement congestionné à l'extrémité du pied gauche. Quant aux vêtements, ils étaient littéralement déchiquetés. La cartouchière entourant les reins, râpée comme avec une grosse lime, avait favorisé la diffusion du fluide, qui avait gagné le sol en s'écoulant par les deux jambes. Les guêtres de cuir étaient lacérées en minces lanières ; les souliers étaient complètement déchirés et l'un deux gisait à trois mètres du malheureux.

Cinq jumeaux et Réclame médicale.

A Mayfield, dans le Kentucky, la femme d'un fermier mit un jour au monde cinq jumeaux. Ce phénomène se produisit le 29 avril dernier à dix heures du soir. A minuit, tout le village était assemblé autour de la petite maison d'Oscar Lyon, dont la femme venait de donner des gages d'une si rare fécondité. L'exhibition commença aussitôt sous la direction du Dr S. J. Mathews, le médecin assistant. La foule entra à la file et passa devant le lit de l'accouchée et devant les cinq nouveau-nés. A leurs félicitations beaucoup joignirent des dons en argent. On exhiba les jumeaux d'abord vivants, puis après leur mort qui survint bientôt, *fortune* inespérée pour les parents ; mais c'est le Dr Mathews, le médecin assistant, qui y arriva le premier. De tous côtés on le demanda. Pour répondre à ses correspondants, il usa de papier et d'enveloppes sans précédent dans l'histoire de la réclame. Dans le coin gauche de la feuille et de l'enveloppe, il avait fait graver une réduction du groupe des cinq jumeaux tirés quelques jours après leur naissance. Ils étaient représentés endormis. La vignette avait la forme allongée des timbres américains, émis à l'époque de l'Exposition de Chicago. Et les père et mère ne se servent plus que de cette papeterie !

FORMULES

Manière d'empêcher les cicatrices varioliques.

D'après l'expérience de M. le Dr Th. Faure, médecin-chirurgien de l'hopital de la Chaux-de-Fonds, un moyen qui ne laisserait rien à désirer (ainsi que notre confrère a eu l'occasion de s'en convaincre chez une vingtaine de varioleux) pour empêcher les cicatrices varioliques de la face d'être trop visibles, serait la formule suivante :

Iodoforme	2 grammes.
Collodion	30 —

F. S. A. — Pratiquer avec ce mélange, sur les éruptions siégeant à la face, au cou et aux mains, des badigeonnages répétés à de courts intervalles.

Les malades ainsi traités resteraient indemnes de toute trace de cicatrices varioliques.

Gargarisme antiseptique (M. E. Darbouet).

Liqueur de van Swieten. . . . }	ãã 125 grammes.
Eau chloroformée . . . . . }	
Essence de menthe	Q. S.

Mêlez. — Usage externe.

Ce gargarisme réussirait bien contre les angines infectieuses, les stomatites et les périostites alvéolo-dentaires.

Cachets antidysentériques. — (M. Kartulis).

Calomel à la vapeur.	0 gr. 50 centigr.
Naphtaline	1 gramme.
Sucre.	Q. S.
Essence de bergamote	III gouttes

Mêlez et divisez en dix cachets. — Prendre un cachet d'heure en heure. (*Sem. Méd.*)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 6 sept. au samedi 12 sept. 1896, les naissances ont été au nombre de 1.149, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes. 394 illégitimes, 166, Total, 560 — *Sexe féminin :* légitimes, 409 ; illégitimes, 180. Total, 589.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires Du dimanche 6 sept. au samedi 12 sept. 1896, les décès ont été au nombre de 788, savoir : 429 hommes et 359 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 3, T. 5. — Typhus : M 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 3, F. 2, T. 5. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 0, F. 6. T. 6. — Diphtérie, Croup : M. 2. F. 3, T. 5 Grippe : M. 1, F. 0, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M 113, F. 63, T. 176. — Méningite tuberculeuse : M. 5, F. 7, T. 12. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 10, T. 18. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 35, T. 49. — Méningite simple : M. 9, F. 7. T. 16. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 21, F. 11, T. 32. — Paralysie, M. 5, F 2, T. 7. Ramollissement cérébral : M 4, F. 1, T. 5 — Maladies organiques du cœur : M. 31, F. 21, T. 52. — Bronchite aiguë : M. 8. F. 6, T. 14. — Bronchite chronique : M. 5, F. 9, T. 14 — Broncho-pneumonie : M 19, F. 6, T. 25. — Pneumonie : M. 6, F. 7, T. 13. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 12, F. 13, T. 25. — Gastro-entérite, biberon : M. 20, F. 21, T. 41. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F 2. T. 7. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 5, F. 4, T. 9. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M 2, F. 0, T. 2. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 8. T. 8. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2 — Débilité congénitale : M. 13, F. 10, T. 23. — Sénilité : M. 9, F. 19, T. 28 — Suicides : M. 16, F. 2, T. 18. — Autres morts violentes : M 13, F. 10, T. 23. — Autres causes de mort : M. 76, F. 60, T. 136. — Causes restées inconnues : M. 1, F 2, T. 3.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 69, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 27, illégitimes, 14. Total : 41. — *Sexe féminin :* légitimes, 19, illégitimes, 9 Total : 28.

Facultés de Médecine. — *Bourses de doctorat.* — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de Médecine et des Facultés mixtes de Médecine et de Pharmacie, le lundi 26 octobre.

Ecoles de Pharmacie. — *Bourses de doctorat* — Le 26 octobre aura lieu l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacien de 1re classe, au siège des Ecoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de Médecine et de Pharmacie.

Service de Santé militaire. — Ont été désignés pour les postes ci-après : MM. les médecins-majors de 2e classe Marignac pour le 39e d'infanterie et Foy pour le 1er étranger. MM. les médecins aides-majors de 1re classe Gontier pour le 60e d'infanterie ; Buy pour l'hôpital militaire de Versailles ; Ferraud pour l'hôpital militaire de Vincennes ; Lescure pour le 20e d'artillerie ; Besson pour l'hôpital militaire de Rennes (bactériologie) ; Mac Auliffe pour l'hopital militaire Saint-Martin à Paris ; Bounette pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; Augier pour le 3e zouaves. M. le médecin aide-major de 2e classe Remlinger pour l'hôpital militaire du Belvédère à Tunis (laboratoire de bactériologie).

Le Ministre de la Guerre vient d'accorder un *témoignage officiel de satisfaction* à M. d'Arron, médecin-major au 70e regiment d'infanterie pour le dévouement dont il a fait preuve au cours d'une épidemie qui a sévi sur son régiment.

Congrès de la Société italienne de Médecine interne en 1896. — Le septième Congrès de la Société italienne de Médecine interne se tiendra à Rome du 20 au 23 octobre prochain. Voici les questions mises à l'ordre du jour : 1° *Les progrès récents dans la physiologie pathologique du cerveau et du cervelet* ; 2° *l'insuffisance myocardique.*

Universités étrangères. — *Faculté de Médecine de Berlin.* — Le titre de professeur a été conféré à M. le Dr E. Wernicke, privat docent d'hygiène. — *Faculté de Médecine de Breslau.* M. le Dr H. Kionka est nommé privatdocent de pharmacologie et de toxicologie. — *Faculté de Médecine d'Erlangen.* M. le Dr Spuler est nommé privatdocent d'anatomie. — *Faculté de Médecine de Lemberg.* M. le Dr Andreas Obrzut, professeur extraordinaire à la Faculté tchèque de Médecine de Prague est nommé professeur ordinaire d'anatomie. — *Faculté de Médecine de Marbourg* M. le Dr C. Hess, professeur extraordinaire à la Faculté de Médecine de Leipzig, est nommé professeur ordinaire d'ophtalmologie, en remplacement de M. Uhthoff. — *Faculté allemande de Médecine de Prague.* — M. le Dr Fr. Pick est nommé privatdocent de médecine interne. (*Sem. méd.*)

Universités américaines. — *Dons.* — On n'évalue pas à moins de 7,475,000 dollars, plus de *trente-sept millions* de francs, ce que John D. Rockefeller a donné à la seule Université de Chicago. Au Vassar College, une aile des bâtiments a été édifiée à ses frais. Les directeurs voulaient qu'elle portât son nom ; il s'y est refusé ; ils l'ont nommée *Strong hall*, en mémoire de sa fille aînée, mariée au Dr Charles Strong, professeur à l'Université.

La Mutualité maternelle. — La *Mutualité maternelle*, fondée sous le patronage de Mme Carnot et dont Mme Félix Faure a bien voulu accepter la présidence d'honneur, a distribué en 1895, à 552 sociétaires, une indemnité leur permettant de s'abstenir de tout travail pendant les quatre semaines qui suivent l'accouchement. Avec l'autorisation des pouvoirs publics, elle a organisé une loterie destinée à reconstituer son fonds de secours épuisé.

Monument Pasteur. — Le Président du Conseil des Ministres a informé M. Hamel, député, maire d'Alais, en réponse à l'invitation de la municipalité, pour l'inauguration des monuments de Pasteur, de Florian et de Sauvage, le 27 septembre, que M. Tisserand, qui était un ami de Pasteur et un de ceux qui le connaissaient le mieux, représenterait le Gouvernement à la cérémonie.

Hygiène des troupes. — *Empoisonnements.* — On a eu à constater plusieurs fois des cas d'empoisonnement de soldats qui, placés dans les infirmeries régimentaires, avaient absorbé des liquides toxiques contenus dans des bouteilles à vin Pour prévenir les accidents de cette nature, le Ministre de la Guerre vient de décider que dans les infirmeries régimentaires on n'emploierait plus désormais pour quelque usage que ce soit des bouteilles à vin ou ayant contenu des eaux minérales. Les distributions des boissons, vin, eau, tisanes, seront effectuées à l'aide de récipients en poterie ou de carafes à eau. Le général Billot a adressé à ce sujet une circulaire interdisant aux régiments de toucher aucun médicament dans des bouteilles à vin, mais dans des flacons fournis par les pharmacies livrancières. Les prescriptions de cette circulaire seront exécutées intégralement dès la prochaine livraison trimestrielle de médicaments.

La Dysentérie a Toulon. — *La Santé du 111e d'infanterie.* — L'enquête vient de se terminer sur l'événement anormal qui s'est produit à la caserne Gouvion Saint-Cyr à Toulon ; la graisse, la viande et le vin qui avaient servi au repas du soir de 40 hommes de la 3e compagnie du 111e, qui se sont trouvés malades, ont été analysés par le laboratoire municipal, qui n'a découvert dans ces matières aucune trace de poison animal, végétal ou minéral. L'enquête a établi que les premières dysenteries ont pu être provoquées par le mets provençal de l'aïoli, que la plupart des hommes avaient pris un vendredi, à midi. Les indispositions ont été ensuite généralisées par des émanations répandues par un égout qui, venant des hospices civils, traverse la caserne pour aller se jeter dans la darse de l'arsenal C'est par cet égout que le service de la caserne se débarrasse des eaux usées et qu'elle évacue les produits des latrines après les avoir fait passer sur de la tourbe. La température qui régnait alors était particulièrement élevée et aurait accru l'intensité de ces émanations au point de causer un malaise général chez les hommes.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat en médecine.* — MM. les Elèves externes des hôpitaux et hospices sont informés que, pour le concours de l'Internat en médecine qui doit s'ouvrir au mois d'octobre prochain, les conditions d'admission restent telles qu'elles étaient fixées pour les concours précédents. Tous les externes comptant une année au moins de service en cette qualité dans les hôpitaux pourront y prendre part ; les conditions d'admission au concours de l'Internat en médecine ne devant être modifiées qu'à partir de l'année 1897. A partir du concours de 1897, les externes qui font leurs études conformément au régime fixé par le décret du 20 juin 1878 pourront se présenter à l'Internat pendant les sept années qui suivront la prise de leur première inscription de médecine ; toutefois, les années de présence sous les drapeaux ne seront pas comptées dans ce délai. A raison des dispositions qui précèdent, les candidats devront produire, à partir de l'année 1897, indépendamment des certificats actuellement exigés pour l'inscription au concours, un certificat de scolarité délivré par l'Ecole de Médecine, et constatant la date de la prise de leur première inscription. Une réglementation sera prise ultérieurement en ce qui concerne les élèves soumis au nouveau régime d'études fixé par le décret du 31 juillet 1893.

Le Choléra. — *Soudan.* — Le corps expéditionnaire anglo-égyptien, qui a occupé B[illegible], a repris [illegible] vers le Sud. On évalue à 230 le total des victimes de l'épidémie cholérique dans le corps expéditionnaire.

Suicide d'un enfant. — Le *Petit Parisien* du 20 septembre 1896 raconte qu'un petit garçon de 14 ans nommé [illegible], ap-

prenti relieur à l'*imprimerie catholique* Sainte-Augustine (Lille), quittait le domicile de ses parents à cinq heures du matin; paraissant très gai à six heures, on le trouvait pendu dans l'atelier de reliure. La cause de ce suicide est absolument inconnue ».

Epilepsie et accident. — Le cadavre d'un nommé Louis Delabie, âgé de trente deux ans, a été repêché à Calais, dans le bassin du Commerce; le malheureux, qui était disparu depuis quelques jours, était sujet à des attaques d'épilepsie; on suppose qu'il est tombé à l'eau au cours d'une crise.

L'invasion de la Surdité. — L'humanité est, paraît-il, sur le point de devenir sourde. A New-York, M. J. H. Girdner, en effet, nous prévient (dernière livraison de la *North American Review*), de la nature et les caractères de la forme spéciale de surdité qui nous pend aux .. oreilles. C'est, suivant lui, un état de congestion de l'oreille interne, que les otologistes ont baptisé du nom de « maladie des fondeurs », ayant constaté que, dans les fonderies, la plupart des ouvriers en étaient atteints. Mais bientôt les fondeurs ne pourront plus s'enorgueillir, ni se plaindre, d'avoir une maladie qui ne soit que pour eux; car leur maladie va devenir la nôtre, et personne ne pourra même plus s'apercevoir qu'ils sont durs d'oreille, le jour où tout le monde sera tout à fait sourd. La maladie des fondeurs a pour cause unique le bruit constant de marteaux dans lequel ils vivent. Et pareillement, l'unique cause de notre prochaine surdité, au dire de M. Girdner, ce sont les bruits sans cesse plus forts et plus discordants que nos malheureuses oreilles sont condamnées à subir. Pour admirable qu'elle soit, notre civilisation est trop tapageuse. Les esprits chagrins prétendent qu'elle nous hébète. Mais M. Girdner se défend d'être « un alarmiste », et il lui reproche seulement de nous assourdir. Et, en sa qualité d'homme pratique, il proteste avec énergie, assurant au surplus que le mal lui paraît sans remède.

Nécrologie. — Un physicien français des plus marquants, M. H. Fizeau, est mort à Venteuil, près de Jouarre, dans le département de Seine-et-Marne, où il était en villégiature. Fils d'un médecin distingué, qui fut professeur à la Faculté de Médecine, M. Fizeau était né en 1819. Sa vocation le porta vers l'étude de la physique, et, en particulier, de l'optique, où il s'est signalé par de remarquables travaux. En 1860, M. Fizeau entra à l'Académie des sciences, dont les Comptes Rendus, ainsi que les *Annales de Physique et de chimie*, contiennent de nombreux travaux de lui. La daguerréotypie attira, tout d'abord, son attention. Puis, en collaboration avec Foucault, il étudia les interférences des rayons lumineux; il étendit avec succès ces recherches aux interférences des rayons calorifiques. Expérimentateur sagace et délicat, il déduisit des applications utiles de la théorie des interférences à la dilatation des cristaux. Ce sont principalement les travaux de M. Fizeau sur la vitesse de la lumière qui sont restés classiques. M. Cornu s'en est servi avec un grand talent et les a poussés plus loin encore. M. Fizeau aborda aussi le problème difficile de la vitesse de l'électricité. C'est à lui que l'on doit l'introduction dans les bobines d'induction, telles que celle de Ruhmkorff, d'un condensateur de surface permettant d'augmenter la longueur des [illegible]. Ce savant laisse après lui un ensemble de travaux témoignant d'un grand esprit de méthode. — Les journaux [illegible] un étrange décès : c'est celui de M. le docteur [illegible], de Tipperary [illegible] (comté de Tipperary), qui, [illegible] une pomme, fut piqué à la langue par un frelon caché dans l'intérieur du fruit et mourut trois heures après, dans d'horribles souffrances, par l'effet de l'inflammation qu'avait produite la piqûre. — M. le Dr Clérault, de Lignières (Cher), reçu en 1845. — M. le Dr [illegible], de Paris, reçu en 18[illegible]. — M. le Dr Mar[illegible], de [illegible], reçu en 1881. — M. le Dr Bureau, professeur [illegible] à la Faculté de Médecine de Lille, décédé à Saint-[illegible] (Loir-et-Cher), à l'âge de [illegible] ans. — M. le Dr B[illegible], de [illegible] (Charente-Inférieure), reçu en 1875.

On demande des Étudiants en Médecine ayant au moins [illegible] l'études, au Bureau de Bibliographie, [illegible] boulevard Saint-Germain, Paris [illegible] er. Analyses, traductions, classement [illegible] bibliographiques, etc. — [illegible] pièces.

Vin [illegible] (Viande et Quina), médicament [illegible] représentant par 30 gr., 4 gr. de Quina et 27 gr. de Viande. — [illegible]. *[illegible] de l'estomac et de [illegible].*

Savon dentifrice Vigier, antiseptique pour l'entretien des dents, des gencives et des muqueuses de la bouche.

Dyspepsie. — Vin de Chassaing. — *Pepsine.* — *Diastase.*

Phthisie, Bronchites chroniques. — Emulsion Marchais.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE AU *PROGRES MÉDICAL*

MANUEL PRATIQUE
DES
MÉTHODES D'ENSEIGNEMENT SPÉCIALES
AUX
ENFANTS ANORMAUX

Sourds-Muets, Aveugles, Idiots, Bègues, etc., etc

Par les Docteurs

HAMON DU FOUGERAY et COUËTOUX

Avec une préface du Dr Bourneville.

Un beau volume in-8 de XVI-304 pages, avec 27 figures et deux cartes. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr. 50

PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE ET CAVITÉ DE RETZIUS

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
CAVITÉS DE L'OMBILIC & DE LA LIGNE BLANCHE
PAR

le Dr J.-S. DAURIAC

Volume in-8 de 180 pages, avec 17 figures. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Cullerre (A.). — L'incontinence d'urine et son traitement par la suggestion. Brochure in-8, de 32 pages. Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . 0 fr. 70

Librairie G. MASSON,
120, boulevard Saint-Germain.

Congrès français de Médecine. Présidence de M. le Pr Bouchard (2e session, Bordeaux, 1895).— Rapports, discussions, communications diverses; publiés par le Dr X. Arnozan, secrétaire général. Volume in-8 de XII-1,114 pages.

Congrès français de Médecine (3e session, Nancy, 1896). — Président : M. le Pr Potain. 1er fascicule. — Rapports : Applications des sérums sanguins au traitement des maladies : MM. Rogas, Hayshalter. — Pathogénie des coagulations sanguines intra-vasculaires : MM. Mayet, Vaquez. Vol. in-8 de 195 pages.

Laussedat (H.).— Le bain de César de Royat pendant les premières périodes du tabes. Brochure in-8 de 24 pages. — Paris, 1896. — Imprimerie Chaix.

Petit (C.-A.). — Les manifestations arthritiques soignées à Royat. Brochure in-8 de 12 pages.— Paris, 1896.— J.-B. Baillière.

Barcelona. — Acta de la Junta general ordinaria celebrada en los dias 2[illegible] y 30 de diciembre de 1[illegible].— Relación de los cargos, secciones et senores socios.— Volume in-8 de 125 pages. — Barcelona, 18[illegible]6. — Tipografia de la Casa Provincial de Caridad.

Bu celli (N.). — Morfinomania [illegible]omania e morfio-cocainomania. Brochure in-8 de 8 pages. — Torino, 1896. — Tipografico Editrice Torinese.

Garnier (P.). — Internement des aliénés (Thérapeutique et législation). Brochure in-8 de 110 pages. — Nancy, 1896. — Imprimerie Crépin Leblond.

Lamacq (L.). — La séméiologie des tremblements. Brochure in-8 de 25 pages. — Nancy, 1896. — Imprimerie A. Crépin-Leblond.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCCr), RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IV. N° 40. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 3 OCTOBRE 1896

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. le Pr **PIERRET**.

Les attaques apoplectiformes et épileptiformes des paralytiques généraux.

Messieurs,

Quelque idée que l'on se fasse du processus morbide qui caractérise la méningo-encéphalite diffuse; que l'on tienne pour les dystrophies cellulaires, pour les tubulaires, ou que l'on invoque des troubles nutritifs liés à des congestions répétées ou à des anémies localisées dérivant elles-mêmes d'une lésion des vaisseaux; que l'on admette ou non le caractère intangible de l'entité paralysie générale, on est, de par la clinique, très souvent mis en face du problème suivant : Comment une maladie d'allures histologiques aussi lentes, que sclérose interstitielle graduellement progressive, peut-elle voir son évolution coupée par des incidents aussi brusques, aussi passagers, aussi violents que les attaques apoplectiformes et épilectiformes. ?

Ce problème, fort embarassant à première vue, n'est pas posé d'hier seulement. Il a été bien souvent discuté à propos des attaques d'apoplexie, des convulsions épileptoïdes et, en général, de toutes les paralysies, de tous les spasmes qui s'observent temporairement durant le cours des scléroses lentes, tabes, sclérose en plaques, myélites diffuses. Voici, en effet, ce que j'écrivais en 1876, à propos d'un cas de myélite à rechutes.

Dans l'état actuel de la science, il ne paraît guère douteux que l'apparition brusque de symptômes paralytiques ou trophiques graves ne soit un signe d'altération profonde des éléments propres de la moelle, cellules ganglionnaires et tubes nerveux. Au contraire, les myélites interstitielles primitives, dont la sclérose en plaques est le type, paraissent, en général, donner naissance à des symptômes se manifestant graduellement, disparaissant en partie pour se reproduire ensuite et n'arrivant que lentement à s'établir d'une façon complète et durable. Cette marche particulière aux myélites interstitielles se comprend aisément si l'on réfléchit à ce fait que la prolifération de la névroglie ne saurait guère produire par elle-même de symptômes accentués. Pour que ces derniers apparaissent, il est nécessaire que la fonction de l'élément nerveux soit troublée ou entravée; pour qu'ils persistent il faut, en général, que l'élément nerveux soit plus ou moins gravement compromis.

Cette dernière considération sans enlever à la division dichotomique des myélites beaucoup de son importance, fait voir cependant en quoi elle pêche En la prenant à la lettre, on serait tenté de croire qu'il existe bien et dûment deux sortes de myélites également définies et parfaitement comparables : la myélite parenchymateuse et l'interstitielle, mais en allant au fond des choses, on voit bien que cette dernière n'a pas d'existence clinique propre et qu'elle ne donne prise à l'observation que lorsqu'elle produit ou accompagne une myélite vraie...

Il me paraît probable que dans nombre de ces cas, la moelle et la névroglie subissent en même temps les causes d'inflammation, et réagissant parallèlement, donnent naissance à des myélites subaiguës à la fois destructives et prolifératives.

Au point de vue clinique, notre malade remis d'une première attaque de paraplégie, ne tarde pas à retomber et cette fois encore sous le coup d'une attaque subite : l'amélioration qui suivit fut incomplète. Survint enfin une troisième attaque à la suite de laquelle la maladie s'établit d'une manière définitive. Ce mode de début, les alternatives de guérison apparente et d'aggravation subite se rencontrent fréquemment dans le cours des myélites que j'appellerai volontiers mixtes. Quel est le mécanisme de ces rechutes? L'inflammation définitive est-elle précédée de troubles vasculaires passagers susceptibles de troubler momentanément les fonctions des éléments nerveux? Ou bien se fait-il sous l'influence de la cause morbifique une sorte de stupéfaction instantanée des éléments ganglionnaires analogue à celle que l'on peut *soupçonner exister dans la paralysie infantile*, pour les groupes ganglionnaires desservant les muscles qui ne sont pas destinés à subir une atrophie complète? Ou bien se fait-il des suppléances rapides tant qu'il reste des éléments épargnés? Il est assez difficile de le dire, mais il reste certain que des rechutes passagères et subites peuvent se présenter sans que l'on observe dans la moelle épinière autre chose que les traces d'un processus sclérotique à marche très lente » (1).

Plus tard, dans mes enseignements successifs d'anatomie pathologique et de psychiatrie, j'appliquai les mêmes considérations aux processus inflammatoires cérébraux et médullaires qui caractérisent la méningo-encéphalite diffuse anatomiquement, mais je restai longtemps sans me faire une idée bien nette du mécanisme des attaques apoplectiformes ou épileptiformes qui donnent à cette terrible maladie un cachet élastique si particulier.

Nous savons bien que chez les paralytiques, la cellule nerveuse est gravement atteinte, mais nous ignorons jusqu'à présent comment et pourquoi cet élément avant d'arriver au dernier degré de déchéance se montre par instant capable d'engendrer des convulsions ou de subir des inhibitions plus ou moins complètes mais toujours subites et transitoires.

On comprend, sans trop de peine, qu'une attaque semi-comateuse de courte durée à localisations peu nettes, de durée limitée, se montre chez un alcoolique par le fait de l'inondation sanguine, des feuillets de cette pachyméningite qui pourrait appartenir en propre aux buveurs. C'est ainsi sans le moindre étonnement que nous verrons un syphilitique atteint de paralysies dues à l'arrêt total ou partiel de la circulation dans un vaisseau cérébral atteint de cette périartérite spécifique dont j'ai donné une description assez exacte pour qu'elle ait été de nouveau découverte par de jeunes médecins. Dans le premier cas il s'agit de compressions subites avec excitation parfois des régions moyennes du cortèse, dans le second, l'apparition des phénomènes

(1) A. Pierret. — *Note sur un cas de myélite à rechutes.* — *Arch. de Physiologie*, 1876.

morbides serait le résultat d'anémies progressives subitement complétées. Il se peut que cette dernière explication convienne pour les paralysies définitives, mais pour les transitoires? Devrons-nous imaginer la désagrégation d'un caillot temporaire ou bien invoquer des suppléances peu faciles sans doute dans un tissu dont le système circulatoire est malade et doit toujours être supposé tel s'il est vrai que la plupart des paralytiques généraux sont des syphilitiques. En vérité dans la forme la plus lentement diffuse de la méningo-encéphalite, comme pour la sclérose en plaques, une explication raisonnable de l'apparition brusque et de la disparition rapide des attaques convulsives ou paralytiques est encore à trouver.

Passant en revue celles qui ont eu jusqu'à présent le plus de succès.

Il en est une fort simple à première vue, plausible même, et qui s'offre tout d'abord à l'esprit. Il se fait, dit-on, chez de tels malades des congestions partielles, subites, transitoires comme peuvent l'être des processus congestifs. Certains départements de cortèse, sous l'influence de cet excès de matériaux réagissent trop... ou trop peu. De là, tous les accidents. Cette théorie est plus simple que solide. On ne réfléchit pas assez quand on l'adopte, que le cerveau ne souffre guère de la congestion. Sans elle il ne peut rien, elle est la condition première de sa mise en train, et la manifestation des diverses facultés psychiques implique à l'état normal des congestions fonctionnelles localisées. Il n'est pas prouvé le moins du monde que la congestion simple d'un point du cortèse moteur puisse faire naître une paralysie. On oublie trop l'admirable loi d'Andral qui montra si nettement que des phénomènes attribués à la congestion s'expliquent beaucoup même pour l'anémie.

Mais, dit-on, ce n'est pas d'une congestion simple qu'il s'agit, c'est d'une congestion inflammatoire — il se fait dans le cerveau des paralytiques, des poussées suraiguës d'encéphalite qui peuvent indifféremment se traduire par des attaques apoplectiformes ou épileptiformes ordinairement limitées à certains groupes de muscles.

Cette théorie est des plus serieuses et mérite d'être examinée avec le plus grand soin. Elle a pour elle ce fait indéniable qu'en nombre de cas la température centrale s'élève au moment des attaques. On savait depuis les travaux de Calmiel et de Bayle, confirmés par ceux de Meyer, qu'au moment de ces poussées aiguës de manie qu'on observe souvent au début de la paralysie générale, la température dépassait la normale. Voisin avait vu ou cru voir que tous les huit ou quinze jours la température ordinairement un peu basse des paralytiques subissait un accroissement subit souvent supérieur à un degré et que cette hyperthermie relative cessait aussi brusquement qu'elle s'était montrée; c'est aux recherches de Westphall, confirmées par celles d'Hanot, de Charcot et de Maynais, que l'on doit la connaissance de ce fait capital, qu'au moment des attaques apoplectiformes ou épileptiformes la température centrale des malades peut s'élever jusqu'à trente neuf et quarante degrés. L'élevation de la température marquerait en quelque sorte le degré d'acuité du processus inflammatoire. Ces poussées d'encéphalite sont-elles démontrées par l'examen nécroscopique? Malheureusement non. Le fait est notoire, et je m'en suis assuré bien souvent; même en examinant avec le plus grand soin le cerveau des paralytiques morts à la suite d'attaques d'apoplexie ou d'épilepsie graves, on ne trouve en dehors d'hémorrhagies méningées, cérébrales ou de ramollissements ischémiques rares mais possibles, aucune lésion qui le différentie de n'importe quel cerveau de paralytique. L'élévation de température centrale ne porte pas d'ailleurs en elle-même la marque de son origine. Tant de causes peuvent la faire varier. Ne pourrait-t-on, par exemple, admettre au moment de l'attaque, l'excitation des centres thermogènes dont les travaux de Schreiber, de Wood, de Richet et de Doyon nous ont appris l'existence.

Sans doute on doit admettre que la congestion de centres thermogènes situés quelque part dans un point mal connu du cortèse ou dans le voisinage des corps striés peut amener des élevations de température. Cette hypothèse basée sur des faits expérimentaux en vaut certainement une autre, et d'ailleurs j'aurais en tant qu'aliéniste bien mauvaise grâce à ne pas vous rappeler que certains états émotifs, un travail cérébral exagéré semblent capables d'élever sensiblement la température du corps. Mais tout cela n'expliquerait que l'hyperthermie et non les symptômes si importants de l'attaque semi-comateux ou épileptiforme avec troubles moteurs parésiques ou spasmodiques passagèrement localisés dans certains groupes de muscles. Il apparaît donc comme très vraisemblable que les deux ordres de symptômes ne sont pas unis par des liens indissolubles.

D'un autre côté, mais l'hyperthermie est la règle, il y a des exceptions. On a vu la température s'abaisser au lieu de s'élever. Et alors, que devient l'hypothèse de la poussée d'encéphalite aiguë?

Dans cet ordre d'idées, il fallait renoncer à invoquer les congestions inflammatoires et chercher quelque autre chose. Certains auteurs ont alors remarqué la quantité de liquide céphalo-rachidien qui se rencontre, en effet, dans les ventricules, les espaces sous-arachnoïdiens et les gaines lymphatiques de paralytiques généraux anciennement atteints. Malheureusement cette surabondance de sérosité se rencontre dans la plupart des cas, car elle résulte presque nécessairement de l'atrophie graduelle du cerveau dont le poids diminue en même temps que les ventricules se dilatent. C'est une hydropisie de compensation. N'importe, bien des auteurs ressuscitent l'ancienne apoplexie séreuse et s'en servent pour expliquer les attaques des paralytiques, par des œdèmes localisés.

Comme je l'ai déjà dit bien souvent, je n'ai pas de parti pris contre ces œdèmes que je crois possibles, mais je voudrais poser la question d'une manière plus précise. Et d'abord, il y aurait lieu de définir très logiquement ces œdèmes. Cette définition qui n'est pas aisée quand il s'agit de suffusions dans les grandes séreuses ou dans les espaces lymphatiques du tissu conjonctif, l'est encore moins quand on se demande ce que peuvent être l'œdème simple et l'œdème inflammatoire du cerveau considérés à la lumière des rapports intimes qui unissent anatomiquement et physiologiquement les ventricules, l'arachnoïde, les espaces sous-arachnoïdiens, les gaines lymphatiques les espaces névrogliques et péricellulaires. Il faudrait encore distinguer les œdèmes inflammatoires avec diapédèse des globules blancs, faire intervenir les phagocytes dans toutes les formes de méningite subaiguë liés aux infections microbiennes et toujours plus ou moins accompagnés d'hydrocéphalie et d'encéphalite périvasculaire. On se garderait aussi d'oublier l'action directe des toxines solubles sur les éléments nerveux mis de par la sclérose interstitielle à la stase des déchets, dans un état d'infériorité chimique. On le voit, le problème est ardu, et la

solution définitive ne parait pas devoir être formulée de sitôt.

Pour moi, je ne crois pas qu'un œdème simple, fût-il localisé, puisse donner lieu à des phénomènes d'une intensité comparable à ceux qui caractérisent ces attaques si brusques, si fugitives et si dangereuses à la fois, car après elles l'état cérébral du malade est toujours un peu aggravé.

Je crois que les attaques apoplectiformes et épileptiformes des paralytiques sont le résultat des troubles de nutrition avec stase d'humeurs toxiques dans les départements du cortèse où les cellules sont encore en état de réagir, mais où la sclérose gêne la circulation dans tous ses modes.

J'admets donc que certaines de ces attaques peuvent être dues à l'action locale des poisons urémiques, quand le rein est malade, ou que la vessie se vide mal. Alors la température peut rester basse, à moins qu'il n'existe des causes d'infection dues à quelque cystite ou pyélonéphrite microbienne. Et comme on cherche souvent bien loin ce qu'on a sous la main, je crois que la constipation, les indigestions, la résorption de produits septiques émanant des chorées, peuvent faire pour le cerveau des paralytiques ce que tant de poisons ou de toxines peuvent produire chez les cicatriciels. Cette manière de voir, je l'ai déjà exprimée, je crois, avec une clarté suffisante au congrès international de Rome en mars 1894, dans les lignes suivantes : « Les phénomènes dus aux imprégnations toxiques des points du système nerveux où siègent des scléroses guéries ou lentes ne sont pas uniquement de caractère convulsif, et peuvent être des phénomènes moteurs, sensitifs ou psychiques, aussi variés que possible, souvent très fugaces. Ainsi peuvent s'expliquer une infinité de phénomènes transitoires observés chez tous les malades porteurs de scléroses anciennes, paralytiques généraux, tabétiques, syphilitiques, etc. (1).

En d'autres cas, et pour une indigestion avec vomissements et diarrhée très fétide par exemple, la température s'abaisse un peu, puis par une ascension brusque dépasse 40. Un lavement purgatif abaisse la température, triomphe de l'état convulsif, mais le thermomètre marque encore pendant deux jours un chiffre dépassant 38°, et la température normale ne reparaît que sous l'influence d'antiseptiques gastro-intestinaux.

La constipation doit être recherchée avec le plus grand soin chez tous les aliénés sans exception, elle peut, comme je l'enseigne depuis longtemps, provoquer chez les prédisposés les formes les plus variées de trouble mental (2). Esquirol en tenait grand compte et Campbell Clarke lui fait jouer un rôle important dans la genèse de la folie puerpérale.

Ainsi, j'ai pour mon compte fréquemment observé que les attaques apoplectiformes ou épileptiformes chez tous les sujets porteurs de scléroses cérébrales infectieuses ou non, guéries ou en évolution, se montraient sous la dépendance d'intoxications passagères dues à la grippe, à quelque fièvre éruptive, à l'usage intempestif de l'opium (A. Voisin), de l'alcool, etc., mais j'ai reconnu que le plus souvent ces graves accidents sont imputables à des auto-intoxications très simples, presque banales, comme les indigestions, la constipation, l'usage de viandes plus ou moins corrompues, enfin la rétention d'urine (1).

Les attaques ne sont pas d'ailleurs aussi brusques qu'on se plaît à le proclamer. Elles sont annoncées par quelque chose. Quand, par exemple, elles sont liées à un trouble de la digestion, elles sont précédées et en quelque sorte décelées d'avance par une élévation graduelle de la température centrale, phénomène dont l'explication ne présente aucune difficulté.

Dans les quatre cinquièmes des cas, dit-il, l'accès de folie a été précédé d'une constipation opiniâtre ou d'une diarrhée abondante ; généralement les matières étaient dures, desséchées, très brunes, très fétides (2).

La coprémie peut donc, chez des paralytiques généraux, modifier assez profondément la composition chimique des humeurs pour que celles-ci imprégnant les cellules mal nourries de certains départements corticaux, les mettent dans l'état physico chimique qui favorisent les décharges convulsives ou les inhibitions comateuses. On conçoit aisément que les poisons urémiques puissent agir dans le même sens, mais en entrainant alors d'ordinaire un abaissement de température.

Ainsi, tout en laissant une certaine valeur à l'hypothèse des poussées d'encéphalite, surtout en ce qui concerne les processus liés à l'action des toxines sur les cellules nerveuses, vous vous souviendrez que les attaques si graves qui altèrent la marche si régulière de la méningo-encéphalite diffuse sont, le plus souvent, le résultat d'intoxications qu'il vous appartiendra de prévenir et de traiter non pas en aliénistes mais en médecins.

PHYSIOLOGIE

Observations et interprétations de phénomènes chimiques pouvant s'appliquer à la chimie biologique.

par **Marcel LACHAUD**, ex-directeur du laboratoire de chimie et membre du Conseil d'hygiène de l'Etat de São Paulo (Brésil).

Malgré tous les efforts que l'on a fait en chimie, nos données sur certaines branches de cette science sont encore fort vagues, principalement en ce qui concerne les phénomènes physiologiques si importants, mais si délicats à interpréter. Même sur certains faits purement chimiques ou industriels que leur fréquence aurait dû faire étudier à fond, nous constatons de grandes contradictions, ou tout au moins insuffisance d'études, c'est ce que l'on peut conclure de l'histoire des silicates et de l'oxyde de fer par exemple. Bien plus, tandis que les pharmaciens admettent certains produits comme bien caractérisés, bien nets, et les nomment en conséquence, beaucoup de chimistes mettent leur existence en doute, tout au moins comme produits définis, c'est le cas des albuminates de fer, etc. On gagnerait peut-être quelque chose en donnant plus d'élasticité à nos doctrines chimiques que l'on a tort de faire, je crois, trop rigides, alors que l'essence intime de tout ceci nous échappe encore.

C'est dans cet ordre d'idées que j'ai essayé de rap-

(1) Pierret. — *Pathologie des cicatrices cérébro-spinales : leur rôle dans la réapparition de symptômes nerveux localisés chez des malades soumis à des intoxications de cause variable*; in *Congrès international de médecine*, Rome, mars 1894.

(2) M. Feydat. — *De la constipation et des phénomènes toxiques qu'elle provoque.* Thèse de Lyon, février 1890.

(1) Guérin. — *Du rôle de l'auto-intoxication dans la genèse des attaques apoplectiformes et épileptiformes de la paralysie générale*. Th. Lyon, 1895.

(2) A. Campbell Clarke. — *Etiology, pathology and traitement of temporal in sanity*; in *Journal of ment. scien.*, 1886, 1887.

procher certains phénomènes qui, jusqu'à présent et au premier abord, paraissent complètement différents : propriétés absorbantes du noir animal pour les gaz, pour les corps en solution, propriétés absorbantes de la terre végétale, des bases telles que l'alumine, l'oxyde de fer, ce qui nous conduit aux combinaisons de l'hydrate de fer avec les sucres, albumines, c'est-à-dire à des produits qui ont certainement des rapports avec la physiologie.

*
* *

Etude des propriétés du noir animal.

Si nous faisons l'examen de ces propriétés constatées par plusieurs savants (1), et que j'ai complété récemment (2), on constate : Le noir animal absorbe les gaz libres ou dissous, avec une grande intensité, par un phénomène bien physique en apparence, avec une énergie variant avec la température et la pression. Vis-à-vis des matières dissoutes dans un liquide, le noir animal peut précipiter de leurs solutions des quantités considérables de corps, j'ai indiqué entre autres les chiffres suivants relativement au poids de noir : Tannin 53 0/0, quinine 35 0/0, gélatine 20 0/0. Ces phénomènes obéissent à des courbes qu'on peut tracer dans chaque cas, et qui sont fonction de l'affinité du corps dissous pour le dissolvant et pour l'absorbant. Cette affinité pour l'absorbant, très variable peut être, est si grande dans certains cas que le tannin est *entièrement* (3) précipité de sa solution aqueuse et fixé par le noir animal tant que celui-ci n'a pas retenu plus de 20 0/0 de son poids de tannin ; naturellement les lavages répétés sont impuissants à redissoudre le tannin absorbé dans ces conditions.

Ces sortes de combinaisons une fois faites peuvent être ainsi fort stables, et même la chaleur est impuissante à les détruire. Le corps absorbé voit sa résistance aux réactifs s'accroître considérablement, ainsi la dextrine n'est plus sensiblement attaquée par l'acide chlorhydrique.

Les quantités absorbées sont fonction :

De la quantité du corps déjà absorbé ; de la quantité du corps restant dissous. Il y a ainsi un équilibre défini à chaque moment, mais se modifiant par la température ou la modification du dissolvant. Mais où l'affinité en question se rapproche bien des phénomènes chimiques, c'est quand on voit ce noir animal mis en contact avec ses mélanges de plusieurs corps dissous qu'il pourrait absorber séparément, choisir parmi ceux-ci le produit qu'il absorbe à l'exclusion des autres, comme s'il était seul. Exemple : l'acide salycilique annule le pouvoir absorbant pour la dextrine. Ou bien les deux corps sont absorbés ensemble, en quantité variable selon leur proportion dans le mélange. Exemple : le salycilate de baryte et la dextrine sont absorbés en même temps. Bien plus dans une même série, les quantités absorbées sont presque proportionnelles aux poids moléculaires des corps, comme je l'ai constaté pour les salycilates. Enfin chaque noir à son individualité, tel excellent pour les albumines peut être mauvais pour les matières colorantes, et inversement.

Extension de ces phénomènes aux propriétés de la terre végétale (1). — J'ai constaté ces mêmes phénomènes d'équilibre pour la terre végétale et cela permet d'expliquer fort bien les intéressantes propriétés de ce milieu. Voici un exemple d'expérience :
25 grammes de terre argileuse privée des sucs pouvant masquer ses affinités en les saturant (par calcination), ont absorbé dans 100 cc. d'eau, 620 milligrammes de gélatine sur 1,050 soit les 2/3, soit 2,50 0/0 de son poids. La propriété de la terre végétale appelée ainsi « futilité » serait donc plutôt un phénomène de support que de composition chimique, une fois que cette terre contient les sels minéraux indispensables.

Propriétés des hydrates métalliques vis-à-vis des corps organiques. — Si nous faisons réagir des hydrates métalliques sur différents corps : sucre, dextrine, albumine, gélatine en modifiant les rapports des corps réagissant, et en formant l'hydrate au sein de la matière organique, on constate pour l'oxyde de fer et l'albumine pris comme type : 1° *Le fer domine* : L'oxyde de fer se précipite entièrement, enchaînant la totalité de l'albumine ; 2° *Equilibre entre le fer et l'albumine* : une partie du fer seul est précipité, il y a entraînement d'albumine ; une partie de l'albumine reste en solution avec le fer, la solution est colorée ; 3° l'*albumine domine* : Tout fer reste dissous. *Le phénomène est continu* : on passe d'un cas à l'autre par nuances insensibles, le précipité de fer se dépose d'abord facilement, puis, quand on augmente l'albumine, il entame celle-ci en devenant plus volumineux, puis une partie infime du fer reste en solution en même temps que de l'albumine ; la solution restant ainsi colorée voit sa teinte augmenter graduellement en même temps que la solution prend l'aspect colloïdal et que le précipité devient gluant, visqueux, et diminue en quantité, pour disparaître ensuite complètement. On a finalement une solution colloïdale laissant déposer par la chaleur quelque flocons visqueux. Mêmes phénomènes pour l'alumine, l'oxyde de chrome, etc. On a ainsi les mêmes phénomènes que pour le noir animal, avec une différence : Le corps entraîne bien l'autre de sa solution, mais celui-ci réagit sur lui également, le modifie et arrive même à se l'incorporer (2). Ces différents précipités, résultats d'équilibre sont ce qu'on a appelés sucrates, albuminates, etc., ces corps ne sont pas des combinaisons définies, mais les corps sont combinés.

Réaction de certains sels métalliques vis-à-vis des mêmes produits organiques. — Si nous remplaçons ces hydrates métalliques par des sels, et que nous fassions réagir sur les mêmes corps que précédemment, nous trouvons exactement les mêmes phénomènes ; ainsi du carbonate de chaux pur réagissant sur de la craie donne : une solution contenant dextrine et carbonate dissous ; sans dégagement d'acide carbonique. Un précipité contenant carbonate de chaux et dextrine précipitée. Pour être logique avec les dénominations des sucrates, nous devrions nommer ces corps : *dextrinate de carbonate de chaux*, etc.

Influence de l'état moléculaire des corps. — Si le corps qu'on étudie se forme dans un milieu qui peut avoir de l'influence sur lui, son état moléculaire peut

(1) Entre autres : Fabre, Joulin, Chevreul, Duclaux.
(2) *Bulletin de l'Académie des sciences*, 8 juin 1896 et *Société chimique de Paris.*
(3) Les sels de fer ne donnent aucune coloration au contact de la solution.

(1) Lachaud. *Bulletin Société chimique*, 1896, Pouvoir absorbant de la terre.
(2) Pourtant Duclaux, après deux ans, a retrouvé un noir ayant absorbé une faible quantité de sulfate d'ammoniaque désagrégé et gonflé.

être modifié, et les quantités de corps qu'il entraîne sont augmentées ou diminuées. Ainsi, dans les mêmes conditions, un précipité d'oxyde de fer se formant au sein d'une solution de dextrine, entraîne et précipite une plus grande quantité de celle ci que si on agite simplement cet hydrate de fer formé séparément avec une solution de dextrine de même richesse (1). Même constatation pour les sulfates de nikel et cobalt ayant excès d'acide combiné si on les forme en solution acides et chaudes (2).

Constatation des mêmes phénomènes sur des sels minéraux. Etude par dialise (3). — On constate des faits analogues sur des sels réputés ordinairement comme bien définis, tels que le perchlorure de fer (4), et l'acétate d'alumine, etc. La dyalise du perchlorure de fer avait conduit Debray à considérer ce corps comme une simple dissolution d'oxyde de fer dans l'acide chlorhydrique. Mais si ce corps, ne cristallisant pas, a une couleur variable avec les proportions d'acide et d'oxyde de fer, ni d'un côté, l'acide chlorhydrique dilué ne dégage pas de chaleur au contact d'une solution d'hydrate de fer soluble de Graham, la simple solution d'hydrate dans l'acide ne peut expliquer ni la dyalise de l'oxyde de fer qui, seul, ne peut osmoser ni la précipitation des différents oxychlorures (sans formules stables), ni les rapports variables des quantités d'acide et d'oxyde qui peuvent dyaliser, — les faits s'expliquent beaucoup mieux par l'hypothèse d'une sorte d'union plus intime que la dissolution et que nous allons définir plus loin.

De même si on dialise un acétate d'alumine très acide, on arrive après qu'une partie de l'acide et un peu d'alumine ont traversé le parchemin au rapport suivant d'acide et d'alumine. 1 molécule d'alumine et, 4,72 molécules d'acide. Si on continue, cette solution se divise en un précipité contenant 1 molécule alumine pour 0,85 molécules d'acide et une solution contenant 1 molécule alumine pour 5,66 molécules d'acide. Mais si on dilue le liquide en ajoutant de l'eau, que la tension en quelque sorte de l'acide soit diminuée, il y a à chaque instant nouvelle répartition des corps en présence, l'eau arrache de l'acide acétique au précipité qui se rapproche de plus en plus de l'hydrate l'alumine, et les rapports molécule d'acide à molécule d'alumine deviennent successivement : 5,66, 7,08, 11,30, etc. On a des phénomènes d'équilibre, on n'a pas besoin de supposer l'existence d'une infinité d'acétates basiques ou d'acétates acides.

Conclusions. — Si nous joignons tous ces faits, il nous semble que jusqu'à présent on a été beaucoup trop arrêté et trop exclusif en considérant les combinaisons chimiques et les simples dissolutions.

Pour nous :

1° A côté de la simple dissolution physique, à coté des véritables combinaisons chimiques à proportions définies, fréquemment cristallisables, et dans lesquels les propriétés du composé peuvent différer totalement de celles des composants, il existe une classe de combinaisons, d'union des corps, dans lesquelles le mouvement moléculaire de chacun d'eux est seulement modifié, et dont le résultat tangible est que le nouveau corps représente en quelque sorte, comme propriétés, la somme algébrique des propriétés des composants. Cette union des corps pourrait être appelé *conjugaison*, par exemple, intermédiaire entre la solution physique et la combinaison.

2° Dans ces « conjugaisons » l'action de l'un des corps sur l'autre est réciproque, suivant les proportions en présence, on peut avoir : *a*) Absorption complète de l'un des corps par l'autre dont les propriétés sont dominantes ; *b*) Partage des composants en 2 portions suivant équilibre, ou chacun d'eux domine dans une portion.

3° Une fois formés, ces équilibres possèdent une certaine stabilité, il faudra, par exemple, pour les détruire, un état d'équilibre notablement différent de celui dans lequel ils se sont formés.

4° Chaque corps dans ces conditions agit sur les autres suivant une certaine affinité, variable suivant les cas, et pouvant en exclure les autres ou se modifier à leur contact.

Ce genre de combinaisons, que j'ai appelé « *conjugaison* », pourrait s'appliquer à bien des cas, auxquels on a trouvé des dénominations particulières : les combinaisons spéciales dans les laques, les combinaisons lâches de la physiologie, les affinités capillaires, les combinaisons moléculaires, etc., et enfin expliquer le nombre infini d'espèces d'argiles que l'on rencontre dans la nature, les tannates d'albumine dans la tannerie, les sels dits basiques dans bien des cas, etc. Il deviendrait inutile de perdre beaucoup de temps pour chercher à isoler des combinaisons définies qui n'excitent pas, et sur lesquelles du reste, on ne parvient souvent à trouver une formule quelconque, mais inexacte, ou en forçant les chiffres des analyses que l'on trouve, ou en se plaçant, dans des cas particuliers d'une courbe, en donnant une formule ou un rapport inexacte avec une pression, une température différentes des corps.

Applications. — *Histoire des gaz dans le sang.* — En nous plaçant au point de vue que nous avons indiqué précédemment, nous allons chercher à expliquer les réactions qui se passent entre le sang et le gaz, sans avoir recours ni aux acides pneumiques de certains auteurs, ni à des combinaisons lâches! des autres. Nous devons avoir affaire à des phénomènes d'équilibre, de répartition de gaz, comme ceux décrits précédemment. Nous avons à considérer trois milieux qui doivent s'équilibrer suivant les rapports de chaque corps dans ces milieux et leurs affinités ; ce sont : 1° Le *globule* (pur dans son ensemble, dont les propriétés peuvent, par exemple, êtres dues à l'hémoglobine); 2° un liquide : le *liquor*, dans lequel nagent les globules ; 3° un mélange gazeux ayant dans les vésicules pulmonaires, 8 à 10 0/0 d'acide carbonique et un peu plus d'oxygène et des gaz inertes que nous négligeons. Il se produit dans ces conditions, un équilibre qui serait complètement modifié par l'addition au troisième milieu de nouveau gaz ou de températures très différentes. Le liquor dissout et se combine (union par conjugaison) avec les gaz du troisième milieu, il se met en équilibre avec ce milieu. Cet équilibre est aussitôt rompu par l'affinité plus grande des globules pour l'un au moins des gaz du troisième milieu. L'équilibre du liquor étant modifié ainsi, il va forcement absorber une nouvelle quantité de gaz dans les vésicules pulmonaires. D'où un échange continu qui

(1) Lachaud. — *Société chimique*. 1896.
(2) Lachaud et Lepierre 1891. — Compte rendus de l'*Académie des Sciences : Sur les sels de nickel et cobalt.*
(3) Expériences inédites.
(4) Ne pas confondre le perchlorure de fer en solution, rouge foncé incristallisable avec $Fe^2 Cl^6$ cristaux obtenus au rouge et bien caractérisés. L'oxyde de fer soluble Graham contient toujours un peu d'acide chlorhydrique.

conduit à un équilibre entre les 5 milieux, en rapport avec leurs affinités respectives, dans lesquelles le globule se sera chargé d'une quantité relativement forte de gaz, oxygène, acide carbonique, unis à lui par simple conjugaison. Le sang pénètre dans les vaisseaux, il n'y a plus guère que deux milieux en présence : globule et liquor.

Si je retire par une réaction chimique l'oxygène du liquor et que je le remplace par de l'acide carbonique : (respiration des tissus), l'équilibre liquor-globule est rompu ; le liquor, par effet inverse à celui constaté précédemment, prendra une certaine quantité d'oxygène, abandonne au globule l'acide carbonique qu'il a de trop.

A chaque instant, un nouvel équilibre se produit.

Ainsi le liquor joue vis-à-vis du globule, le rôle de distributeur-détendeur d'oxygène, avec faculté de rendre à ce globule les produits des réactions de cet oxygène.

Ce phénomène est continu jusqu'au moment où sa révolution étant terminée, il se retrouve brusquement en contact du milieu gazeux au niveau des vésicules pulmonaires, où ce changement brusque de milieu amènera une répartition nouvelle et brusque des gaz dans le sang, sans qu'aucune réaction chimique proprement dite n'ait à intervenir.

Pour montrer que ces échanges ne sont pas une exception en chimie, nous n'avons qu'à les comparer à ce qui se passe dans les cas de diffusion de l'acétate d'alumine ou même avec les propriétés du noir animal comme nous allons le faire.

C'est ainsi que nous pouvons écrire :

Réactions du noir animal.	*Réactions du sang.*
Le noir animal, au contact d'une solution de salycilate de baryte et de dextrine dans l'eau, absorbe chaque corps suivant son affinité pour lui et sa proportion dans le mélange : si la proportion de dextrine augmente, il absorbera moins de salycilate et inversement.	Le globule au contact d'une solution d'acide carbonique et d'oxygène dans le liquor absorbe chaque corps suivant son affinité pour lui et sa proportion dans le mélange : si la proportion d'oxygène augmente, il absorbera relativement moins d'acide carbonique et inversement.
Si la richesse de la solution augmente, la somme des corps absorbés augmente (fonction concentration).	Si la richesse de la solution augmente, la somme des corps absorbés augmente (fonction pression).
Si le noir animal est en contact avec une solution d'acide salycilique et de dextrine, il absorbe l'acide salycilique à l'exclusion entière de la dextrine qui était absorbée énergiquement lorsqu'elle était seule ou en présence d'un corps à affinité faible comme le salycilate.	Si le globule est en contact avec une solution d'oxyde de carbone et d'oxygène, il absorbe l'oxyde de carbone à l'exclusion entière de l'oxygène qui était absorbée énergiquement lorsqu'il était seul ou en présence d'un corps à affinité faible comme l'acide carbonique.
La quantité de dextrine absorbée n'est pas modifiée par la présence d'un corps inerte tel que l'alcool.	La quantité d'oxygène absorbée n'est pas modifiée par la présence d'un corps inerte tel que l'azote.

On voit donc qu'on peut comparer ces phénomènes aux phénomènes d'équilibre décrits précédemment, et qu'on pourra expliquer bien des choses en physiologie, en se passant des combinaisons chimiques proprement dites.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — A été promu au grade d'*Officier de la Légion d'honneur*, M. Rouget, médecin-major de première classe, au 125e d'infanterie.

A été nommé *Chevalier du Mérite agricole*, M. Cheyrou-Lagrèze (Jean-Paul), docteur en médecine à Saint-Claud-sur-le-Son (Charente). Reconstitution de vignobles confolentais. Création de champs d'expériences ; essais de différents modes de greffage. Rapports sur le greffage et la plantation de la vigne. Services exceptionnels rendus à la viticulture.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Médecins de la Marine marchande.

Une bien bonne histoire est sur le point de se dérouler devant les juges compétents, si nous en croyons un article que vient de publier le *Bulletin officiel de l'Union des Syndicats médicaux de France*. Et, certes, elle ne fera pas rire la Direction de l'Assistance publique au Ministère de l'Intérieur !

On se souvient que le 4 janvier 1896 un décret a été rendu, réglementant la police sanitaire internationale. Entre autres points, il a fixé les attributions et les devoirs des médecins embarqués, à bord des bateaux de la marine marchande (service postal, steamers ayant cent voyageurs avec trajet de plus de 48 heures, etc.). En théorie, c'était très bien, indiscutablement. En pratique, ça ne va pas, paraît-il, marcher tout seul, au dire des médecins de Marseille, qui doivent s'y connaître, puisqu'il y a des Transatlantiques même dans la Méditerranée. Le Midi ne se prive de rien, on le voit !

Mais ce n'est pas encore tout. On raconte, avec pièces à l'appui, — et consultation en règle d'un avocat connu, — que ledit décret a été pris par le Ministre de l'Intérieur, après consultation de tous les ministères, sauf un, pourtant l'un des plus intéressés à la question : le Ministère de l'Instruction publique ! En effet, d'après le décret, pour être désormais médecin sanitaire maritime, il faut subir un examen en plus du doctorat en médecine. Et voilà comment la nouvelle réglementation restreint les droits et privilèges conférés par le diplôme délivré par l'Etat !

L'avocat, consulté, a dit :

« La loi de ventôse, suivie de la loi de 1892, n'autorise pas le Ministre à modifier la situation des docteurs en médecine actuellement pourvus de leur diplôme, et le décret du 4 janvier 1896 paraît *illégalement pris !* »

Et il a accompagné son affirmation par une discussion très serrée, d'une part, des lois qui régissent l'exercice de la médecine, et, d'autre part, de ce qu'on doit entendre par décret. A son avis, en somme, pour imposer l'examen spécial des médecins sanitaires maritimes, il fallait, non pas seulement un décret, mais bien *un article de loi.*

Il est très probable que le bureau de l'Union des Syndicats aura à cœur de mener jusqu'au bout la discussion de cette question, qui intéresse au plus haut point tous les amis des marins. Pour nous, qui connaissons bien cette population et les besoins des médecins de la marine marchande, nous croyons inutile d'ajouter que nous le soutiendrons par tous les moyens, modestes d'ailleurs, dont nous disposons. Marcel BAUDOUIN.

Sérums thérapeutiques.

Les journaux allemands sont intéressants à parcourir, en ce qui concerne la sérothérapie, depuis la communication de M. Roger au Congrès de Médecine de Nancy en particulier. De temps en temps, on voit poindre à l'horizon une étude sur un sérum ancien ou nouveau fabriqué en France, et, en thèse générale, nos confrères d'Outre-Rhin ne sont pas tendres pour les productions opothérapiques récentes de la Faculté de Médecine ou de l'Institut Pasteur.

C'est ainsi que récemment le sérum antistreptococcique

en particulier était fortement pris à parti dans une revue des plus sérieuses, qui a peut-être quelques accointance avec l'Institut Koch. De la lecture de ce travail, dit-on (car personnellement ces choses-là ne sont pas tout à fait de notre domaine, et nous ne voulons pas approfondir davantage la question pour aujourd'hui), se dégage cette idée que les sérums français ne sont peut-être pas les meilleurs du monde ! Il est de la première importance, paraît-il, qu'en Europe l'on connaisse très bien les ressources allemandes à ce point de vue. Nous n'y voyons nul inconvénient. Mais, franchement, il ne faut pas oublier qu'il y a sur cette terre des savants ailleurs que sur les bords de la Sprée. On se souvient qu'à un moment donné Berlin a voulu monopoliser la surveillance des sérums. Nous espérons que les autres nations civilisées ne voudront pas s'en rapporter exclusivement aux experts allemands et organiseront chez elles, comme cela existe actuellement en France, depuis la nouvelle loi sur la vente de ces produits, un service efficace de contrôle.

Congrès international d'Hydrologie, Climatologie et Géologie à Clermont-Ferrand.

Le Congrès international d'Hydrologie, de Climatologie et de Géologie a tenu, le 29 septembre, sa première séance à Clermont-Ferrand, dans la salle des fêtes de l'Hôtel de Ville. Six cents personnes environ y assistaient.

Après un discours de M. le Dr de Ranse, président du Comité d'organisation, remerciant tous ceux qui ont prêté leur concours à l'organisation du Congrès, M. le Pr Proust, inspecteur général des services sanitaires, a prononcé le discours d'ouverture. Le Préfet du Puy-de-Dôme a pris également la parole pour souhaiter la bienvenue aux congressistes, au nom du département et M. Lécuelle, maire de Clermont, a souhaité également la bienvenue au nom des habitants de la cité. Après un discours de M. le Dr Frédet, secrétaire général du Comité, faisant l'historique du Congrès, la séance d'ouverture a été levée.

Les Congressistes se sont rendus ensuite au Palais des Facultés pour procéder à la nomination des bureaux pour chaque section. Les séances ont eu lieu pendant la durée du Congrès dans les salles du Palais des Facultés mises à la disposition des congressistes. Les hôtels où logent les membres du Congrès sont pavoisés aux couleurs nationales.

Le Congrès a ensuite élu son *Bureau*. Ont été élus : président d'honneur, MM. Barthou, ministre de l'Intérieur, et M. le Dr Max Durand-Fardel ; président effectif, M. de Ranse; président d'honneur étranger, M. le Dr Berthenson, conseiller d'Etat, délégué du gouvernement russe ; vice-présidents, M. Linder, inspecteur général des mines ; Angot, du Bureau central météorologique ; le Dr Garrigou, de Toulouse ; vice-présidents étranger, le Dr Ludwig, Autriche-Hongrie ; MM. Kuborn, Belgique ; Rotch, Mexique ; secrétaire général, le Dr Fredet, de Royat.

Les travaux du Congrès ont commencé le 30 septembre et dureront jusqu'au 6 octobre. En Hydrologie, le Congrès s'occupera, d'une façon générale, des eaux minérales et de leur action thérapeutique, de leur captage, de la stérilisation et de l'embouteillage des eaux minérales transportées, ainsi que de la législation spéciale en cette matière. En Climatologie, entre autres questions importantes, on discutera le rôle des observations météorologiques dans l'étude des climats et celui des climats d'altitude. En Géologie, on envisagera l'influence des tremblements de terre sur le régime des eaux minérales, l'origine de l'acide carbonique et des produits carburés dans les fumerolles et les eaux minérales, ainsi que les relations des eaux artésiennes profondes avec certaines sources minérales.

La section d'Hydrologie a entendu déjà plusieurs communications sur les eaux minérales et les cures thermales. La section de Climatologie a commencé l'étude des climats élevés et des sanatoria; et, dans la section de Géologie, M. Velain, professeur à la Sorbonne, a fait une intéressante conférence sur la géologie du plateau central.

Une série d'*excursions* dans les stations thermales de la région du Centre est organisée par les soins de M. le Dr E. Fredet (de Royat), secrétaire général du Congrès ; elle se terminera par une visite aux célèbres gorges du Tarn, sous la conduite et les auspices du Club cévenol.

Le Congrès d'Hydrologie a inauguré aussi l'Exposition thermale installée dans la salle des fêtes de la ville. Cette Exposition, intéressante au point de vue médical et géologique, a été très appréciée des congressistes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 septembre. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Cette séance comptera certainement comme l'une des plus importantes de l'année. M. DIEULAFOY a, en effet, donné lecture du mémoire détaillé de MM. WIDAL et SICARD sur la *substance agglutinative du sang chez les typhiques*. L'agglutination des bacilles d'Eberth épars dans une culture par le sérum des typhoïdiques est un fait définitivement acquis. Cette méthode de diagnostic est en clinique devenue d'un emploi presque journalier. Mais il était fort intéressant d'étudier ce pouvoir agglutinatif dans les diverses humeurs de l'économie.

MM. Widal et Sicard ont constaté ce pouvoir dans la sérosité des vésicatoires, dans les sérosités pleurales, péricardiques, peritonéales, quelquefois dans l'urine, une fois ou deux dans la bile humaine. Leurs recherches sur le lait ont confirmé le fait positif de M. Achard et Bensaude. Résultats négatifs avec le liquide des vésicules séminales la salive et le liquide céphalorachidien. Résultat positif au contraire avec les larmes et l'humeur aqueuse. La substance agglutinative semble être de nature albuminoïde. La filtration par la bougie de Chamberland qui retient surtout les albuminoïdes, supprime, en effet, l'agglutination. Celle-ci manque dans les humeurs passées en albumine liquide céphalorachidien salive). M. Widal a tout particulièrement étudié l'action respective de la sérum-albumine, de la sérumglobuline, de la substance fibrinogène, de la globuline. Ces substances une fois isolées, enlèvent à la liqueur primitive la propriété agglutinante et la retiennent à leur profit; elles l'abandonnent dans leur solution et la fixent de nouveau sur leur précipité. Voilà le fait acquis. Il n'intéresse pas seulement le médecin, mais encore le chimiste qui trouvera peut-être dans le phénomène d'agglutination, une réaction nouvelle pour l'étude si délicate des substances albuminoïdes.

Du sphacèle sus-annulaire dans les épiplocèles étranglées.

Au point de vue chirurgical, l'intérêt de la séance a été également très réel. M. Peyrot a rapporté, en effet, une intéressante observation de hernie épiploïque étranglée et spacélée. Le sphacèle avait atteint non seulement la partie située au-dessous de l'étranglement, mais encore un large lambeau épiploïque libre au-dessus de l'anneau herniaire. Il fallut donc après avoir pratiqué la kélotomie la compléter par une laparotomie afin d'extraire toute cette portion sphacélée, qui doublait la face postérieure du tablier épiploïque. Le sphacèle s'explique facilement dans ce cas par la disposition de l'épiploon; il s'était replié sur lui-même, son bord libre ayant contracté des adhérences avec sa face postérieure; mais ces adhérences étaient trop récentes pour que des anastomoses vasculaires aient pu s'établir; c'est le pli inférieur du double tablier ainsi formé qui s'est trouvé serré dans la hernie; les vaisseaux épiloïques étaient donc étranglés en deux points : à leur entrée dans la hernie et à leur sortie; la portion intra-abdominale de l'épiploon replié s'est donc trouvée privée d'irrigation sanguine et s'est sphacélée. M. Peyrot propose, pour désigner ce genre de spacèle, le nom de sphacèle sus-annulaire, qui montre bien que la partie sphacélée se trouve au-dessus de l'anneau herniaire qui l'étrangle. Cette observation est à rapprocher de celle de M. Millard, où l'étranglement d'une hernie était dû à la procidence de l'appendice vermiculaire, et à l'anneau que celui-ci formait autour de l'intestin. A.-F. Plicque.

REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

XVI.— Contribution à l'etude des échanges dans la chlorose. Recherches urologiques; par G. Setti. — *Rivsita Veneta di Scienze Medische*, T. XXIII.

VXI. — L'étude des échanges nutritifs dans les maladies prend de jour en jour une importance plus grande en pathologie. Elle permet de pénétrer dans l'essence même de la vie, de se rendre compte des phénomènes intimes qui se passent au sein même des tissus, et par suite d'établir une thérapeutique rationnelle. M. Setti rappelle d'abord les connaissances actuelles sur la composition du sang et des urines chez les chlorotiques et les travaux des auteurs sur ce sujet. Se basant sur l'examen de huit chlorotiques dont il rapporte l'histoire clinique, il donne les résultats de ses analyses du sang et de l'urine. L'auteur en tire les conclusions suivantes : chez les chlorotiques, la quantité de phosphate, de sulfate, d'acide urique, d'urée, d'azote totale est inférieure à la normale. Les chlorures sont en quantité normale; l'ammoniaque dépasse le chiffre normal. L'acidité totale de l'urine n'est pas altérée. Ces résultats démontrent que les oxydations sont diminuées; les processus de fermentation et de putréfaction intestinales ne sont, de leur côté, pas exagérés.

XVII. — Pourquoi et comment on devient phtisiques; par V. Gilbert. — Alcan, 1896.

XVII. — S'adressant aux gens du monde aussi bien qu'aux médecins, ce livre est avant tout un manuel pratique de prophylaxie tuberculeuse. Dans la première partie, après avoir fait l'histoire de la contagiosité de la tuberculose, l'auteur passe en revue les faits cliniques et expérimentaux qui démontrent d'une façon irréfutable l'existence et le danger de la contagion; il étudie ensuite les portes d'entrée de la tuberculose dans notre organisme et quelles sont les influences qui en diminuant la résistance de l'individu, le rendent plus apte à contracter la maladie. Après avoir étudié pourquoi on devient phtisique, l'auteur se demande comment on le devient. Il s'efforce de mettre en évidence les agents multiples qui servent à la transmission de la maladie et à la dissémination. Ces deux chapitres conduisent tout naturellement à la prophylaxie de l'affection. L'hygiène doit porter sur tout ce qui est en contact avec le phtisique ou qui provient de lui et sur toutes les causes susceptibles de transmettre l'affection. Chaque âge, chaque période de la vie mérite chez le prédisposé des soins spéciaux pour se mettre à l'abri de l'infection. Un dernier chapitre est consacré au traitement de la tuberculose par la créosote. Ce livre se recommande surtout par ce que l'auteur y a rassemblé un très grand nombre de faits puisés partout; il a su les coordonner, les rapprocher et les mettre ainsi en pleine valeur.

XVIII. — De la fièvre dans la tuberculose et principalement de la fièvre hectique; par Mangin-Bosquet. — O. Doin, 1896.

XVIII. — L'origine de la fièvre reste encore, malgré les nombreux travaux publiés, un des problèmes pathogéniques les plus obscurs. Nombreuses sont les théories émises par les auteurs, théories variant d'ailleurs avec les idées générales successivement régnantes. M. Mangin, dans une critique très serrée et très judicieuse, montre que si dans un grand nombre de ces théories on trouve une part de vérité, aucune d'elles n'est à l'abri d'objections sérieuses. A l'aide d'expériences fort originales, il a essayé de résoudre ce problème si difficile et si controversé. De ses recherches personnelles, l'auteur conclut que « la fièvre dans la tuberculose paraît être le résultat d'infections multiples de l'organisme. Ces infections ne tiennent pas, semble-t-il, au passage direct des microbes dans le sang, mais aux toxines sécrétées par ces microbes. La fièvre qui relève des toxines sécrétées par le streptocoque et le staphylocoque serait plutôt à grandes oscillations; au contraire, la fièvre des tuberculeux qui résulterait de la tuberculine, serait plutôt à rémissions très légères. » Une bibliographie très complète et surtout parfaitement classée vient montrer, à côté de l'œuvre personnelle de l'auteur, la somme de recherches mises à profit dans ce remarquable travail.

XIX.— Les toxines microbiennes et animales; par A. Gautier, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de Médecine de Paris. — Soc. d Edit. scientif., 1896.

XIX. — A mesure que l'on pénètre davantage dans le mode d'action des microbes, comme cause pathogène des maladies, on reconnait le rôle de plus en plus considérable qu'il faut faire jouer aux toxines. Mais, à côté de ces toxines microbiennes, d'autres poisons sont le résultat de la vie même de la cellule. « Au moment où l'on vient d'établir, dit M. le Pr Gautier, que les causes directes de la maladie et du retour à la santé résident dans l'action des poisons, ferments et contre-poisons sécrétés par les êtres inférieurs ou par l'organisme lui-même, il est naturel de se demander ce que sont ces toxines, ces antitoxines et ces ferments, et de s'efforcer de découvrir le secret de leur nature intime. C'est ce que j'ai tenté dans ce livre. » Nul plus que M. le Pr Gautier n'avait autorité pour préciser l'état actuel de la question, montrer son évolution et son avenir. Il fut des premiers à mettre en lumière la production des toxines par les cellules vivantes et établir sur des preuves irréfutables les premières bases de cette nouvelle partie de la science. De son magnifique ouvrage, la première partie est surtout d'ordre chimique. L'auteur étudie les caractères généraux des ptomaînes dont il dresse la liste complète et insiste avec des détails très précis sur les diverses méthodes d'extraction. Vient ensuite l'étude détaillée de chaque ptomaîne cadavérique ou bactérienne. A côté de ptomaînes cadavériques peu ou point toxiques, il en est d'autres dont l'introduction dans l'organisme peut amener des accidents graves et même la mort! Tels sont les poisons que l'on peut retirer des moules, des viandes gâtées, etc... Les ptomaînes d'origine bactériennes peuvent être retirées des cultures pures (streptocoque et staphylocoque, bacille pyocyanique), des urines pathologiques (épilepsie, eczéma, rougeole, grippe, pneumonie, fièvre typhoïde, érysipèle, phtisie, choléra, tétanos, morve). Pour chacune de ces ptomaînes, M. le Pr Gautier donne le moyen de l'obtenir, et le résultat des phénomènes pathologiques produits par son injection aux animaux.

La seconde partie est consacrée aux leucomaînes, « alcaloïdes physiologiques des tissus. » L'auteur suit ici la même méthode que dans la première partie : Après une étude d'ensemble des leucomaînes, M. le Pr Gautier décrit leur mode d'extraction. Chaque groupe de leucomaîne est ensuite étudié, en insistant surtout sur les leucomaînes les plus importantes, créatine, créatinine, adénine, guanine, xanthine, lécithines, leucomaînes

des urines, du liquide amniotique, etc. La troisième partie, de beaucoup la plus importante, est consacrée à l'étude des toxines. Après une étude très intéressante sur la place que méritent les toxines et la classe chimique à laquelle elles appartiennent, l'auteur étudie leur mode d'extraction, leurs caractères distinctifs d'avec les albuminoïdes et les venins. Leur origine et leur mode d'action, leur élimination, l'immunisation et la vaccination, les vaccins, les moyens de défense de l'organisme, la phagocytose et la sérothérapie, constituent autant de chapitres des plus instructifs. Exposées dans un style clair et précis, ces notions générales sur les toxines forment un ensemble parfait, au courant des dernières découvertes et où l'auteur ne néglige jamais de donner son opinion personnelle et les raisons qui le décident. A côté d'une œuvre d'ensemble, on trouve sans cesse une critique judicieuse et autorisée. Les derniers chapitres sont réservés à l'étude des diverses toxines. D'abord, M. le Pr Gautier étudie les toxines extraites des divers organes (muscles, foie, rein, pancréas) et des sucs glandulaires et sécrétions internes (rate, corps thyroïde, capsules surrénales. Les venins de serpents, de batraciens, de poissons et d'insectes, le sang venimeux et les chairs venimeuses viennent ensuite. L'ouvrage se termine par l'étude très complète et très détaillée des toxines microbiennes des maladies virulentes. Ajoutons que chaque chapitre est abondamment pourvu de renseignements bibliographiques, permettant à chacun de compléter tel ou tel point précis. Cette analyse rapide donne une idée des matériaux considérables mis en œuvre par l'auteur. La clarté et la précision du style, la méthode générale rendent la lecture facile et agréable. La haute autorité de l'auteur donne une valeur considérable à ses jugements et à ses conceptions personnelles, souvent des plus séduisantes.

XX. — Leçons de clinique médicale; par M. Marie. — Masson, 1896.

XX. — M. le Dr Marie présente au public médical quelques-unes des leçons qu'il a professées à l'hôtel-Dieu, en 1894-1895. Il est très difficile, on le conçoit, d'analyser un travail de cette nature : leçons cliniques faites en présence du malade, discussion diagnostique et pathogénique, dont un compte rendu ne peut donner qu'une impression imparfaite Dans sa première leçon, M. Maire oppose au rhumatisme chronique déformant arthritique ou diathésique, le rhumatisme chronique déformant infectieux, dont l'histoire est tout actuelle. Les déformations thoraciques au cours de diverses maladies, font le sujet des leçons suivantes. Signalons surtout l'étude du thorax en entonnoir et du thorax en gouttière, qui sont d'origine congénitale et constituent de véritables stigmates de dégénérescence, à rapprocher des déformations thoraciques congénitales tardives de la myopathie, etc., et bien différents des déformations thoraciques acquises. Le diabète sucré fait l'objet des leçons suivantes. M. Marie montre l'influence de l'antisepsie sur les résultats opératoires obtenus chez les diabétiques, et insiste sur un fait de diabète conjugal où l'auteur voit un cas de contagion. Les paralysies diabétiques présentent des caractères spéciaux nettement mis en lumière. Enfin, la présence d'un cas de diabète bronzé permet au professeur de faire une étude très complète et très intéressante de cette affection.

Suit l'histoire très intéressante d'un malade atteint d'albuminurie cyclique, et plusieurs leçons sur la cyanose et les malformations congénitales du cœur. Enfin la neurofibromatose généralisée termine le volume, où sont abordés et exposés avec clarté et précision les points les plus divers de la pathologie.

Ch. Mirallié.

Le système anthropométrique aux Indes Néerlandaises. — M. le Dr Sérurier, directeur du musée royal zoologique de la reine des Pays-Bas, à Batavia, est arrivé à Paris, hier soir, chargé d'une mission du gouvernement hollandais. Il s'agit d'établir aux Indes néerlandaises le système anthropométrique du Dr Bertillon pour la mensuration des criminels. M. Bertillon a fait assister, ce matin, son visiteur à plusieurs expériences de ce genre faites sur des détenus amenés au dépot.

CORRESPONDANCE

Congrès international d'Assistance et de Protection de l'Enfance à Genève (1).

Genève, le 25 septembre 1896.

Mon cher Rédacteur en chef,

Voici encore le résumé de quelques communications intéressantes faites au Congrès de Genève.

Nous revenons d'abord sur celle de M. Barthès, inspecteur départemental des enfants assistés, qui est très importante. Reprenant avec des documents personnels la question traitée au Congrès de Lyon, en 1894, par le Dr Thulié, M. Barthès signale les difficultés d'application de la loi Roussel sur la *protection de l'enfance*, qui la rendent sur bien des points inefficace. Ces difficultés tiennent à ce que l'un des rouages de son mécanisme fait défaut. Elle avait prévu des commissions locales, composées surtout de dames visiteuses des enfants en nourrice et complétant la surveillance des inspecteurs. Ces commissions avaient, comme on sait, leurs analogues dans le service de surveillance des enfants employés dans l'industrie. Des deux parts, elles ont été instituées, elles ont fonctionné, puis, peu à peu, elles se sont affaiblies, endormies, évanouies. Il en reste un petit nombre pour la surveillance des nourrissons. Les commissions de degré supérieur qui devaient connaître à diriger leurs travaux n'ont plus eu d'aliment à leur activité; les inspecteurs départementaux, qui ont la direction du service, ont été plus ou moins annulés par l'autorité préfectorale ; nombre de maires de village se désintéressent de la question; bref, la torpeur a gagné tout l'organisme. Conséquence : les enfants ne sont pas assez visités, souvent pas du tout, et une loi destinée à protéger tant de jeunes vies dont nous avons un si pressant besoin ne produit pas le quart de ses effets. Croyez-vous que cette inertie ne règne qu'aux extrémités du pays, dans les régions montagneuses, dans les cantons arriérés? On la retrouve près du Centre : Paris envoie hors de ses murs 20,000 enfants chaque année et ces enfants restent en moyenne deux ans loin de leurs parents, ce qui fait en tout 40,000 petits Parisiens à protéger. Ceux d'entre eux qui sont placés dans le département de la Seine bénéficient de la loi Roussel, que la préfecture de police est chargée de faire appliquer; mais les trente ou trente-cinq mille qui vont plus loin sont sous le régime de somnolence administrative que nous venons de rappeler, et ils meurent en conséquence. Dans le département d'Eure-et-Loir, où 3,400 de ces enfants de Paris ont figuré en 1895 sur le registre de la protection, 390 avaient d'un jour à quatre mois; il en est mort sur ce nombre 253, c'est-à-dire 64 0/0. Dans les mois suivants, la mortalité a été naturellement moindre, mais elle monte pour tout l'ensemble de ces enfants au chiffre encore très élevé de 12,22 0/0.

Le Conseil municipal de Paris ferait bien de se préoccuper de cette situation et d'appeler sur elle l'attention de qui de droit. Comment rendre à cette loi sa vigueur? En ranimant d'abord les commissions locales, sans préjudice, d'ailleurs, d'autres améliorations possibles. M. Barthès a rétabli la commission locale de Chartres, et il en existe une à Châteauroux. Les deux autres chefs-lieux d'arrondissement d'Eure-et-Loir n'en ont pas. Or, voici le taux de la mortalité infantile dans ces quatres localités: Chartres, 7 0/0; Châteaudun, 8 0/0 ; Dreux, 17 0/0 ; Nogent, 20 0/0. Tel est le bien que peuvent faire des commissions locales zélées et consciencieuses. Aussi M. Barthès demande-t-il — et le congrès avec lui — des sociétés protectrices de l'enfance dans toute ville de 20,000 habitants ou environ, et des comités locaux dans chaque canton et commune ayant plus de vingt enfants à surveiller.

Il a été envoyé officiellement d'Angleterre un rapport très complet du révérend J.-W. Sharpe, inspecteur principal des écoles publiques du Royaume-Uni, sur tout ce qui se fait chez nos voisins en faveur des diverses catégories *d'enfants imparfaits, aveugles, sourds-muets, idiots*, etc.

Un long et bon travail de M. de Paligny fait connaître l'état présent des *organisations de la charité en Angleterre et en Amérique*. Nous le résumons avec quelque détail, pour rendre aussi sensible que possible l'idée de nos amis et émules des nations anglo-saxonnes. M. de Paligny constate que, depuis 7 années, les

(1) Voir le numéro précédent.

organisations de charité ont continué à se développer dans leur pays d'origine, qu'elles existent au nombre de 103 en Angleterre, de 92 en Amérique, et que leurs partisans se déclarent hautement satisfaits des résultats favorables qu'ils ont obtenus.

Une organisation de la charité est avant tout l'entente établie entre les diverses institutions bienfaisantes, religieuses et autres, pour utiliser au mieux les secours, en évitant les doubles emplois, et pour en tirer le meilleur parti, en suivant autant que possible les mêmes principes. On sait combien nous péchons en France contre la première de ces règles de bon sens et de bonne administration. Les principes que doivent suivre toutes les institutions charitables sont simplement de n'accorder de secours qu'après enquête, et de ne les accorder qu'efficaces. Car ce que veulent les initiateurs des organisations de charité dans les pays anglo-saxons, ce n'est pas d'entretenir le paupérisme, c'est de le supprimer. Ils ont cette ambition. Et c'est pourquoi, en outre des deux principes ci-dessus, ils sont arrivés encore à s'entendre sur ce troisième : réduire au minimum et tendre à supprimer tout secours à domicile.

Cela surprend en France, où nul ne voudrait suivre du premier coup et sans mesures transitoires cette terrible règle. Aussi bien ne s'applique-t-elle ni à la maladie, ni à la vieillesse, ni à l'enfance, mais simplement aux indigents valides, et encore à une condition que nous allons dire. Les Anglais et Américains sont convaincus que le secours public à domicile est l'agent de la démoralisation et de la « paupérisation » par excellence. Ils considèrent non seulement le fait du secours en soi, mais l'influence psychologique qu'il exerce ; ils trouvent celle-ci funeste au plus haut point.

Dans le cas où le secours à domicile est indispensable, il faut en neutraliser la fâcheuse influence par l'action morale exercée sur celui qui le reçoit, et le donner autant que possible contre un travail fait, c'est-à-dire mettre en pratique l'assistance par le travail. Le travail préalable, dont l'assisté valide recevra la rémunération, montre, dès l'abord, si cet assisté veut sérieusement faire effort et se relever.

Quant à l'action morale à exercer sur les assistés, c'est aux visiteurs, surtout aux visiteuses des pauvres, qu'elle incombe particulièrement. L'organisation de la charité de Boston peut compter sur le concours actif de 767 visiteurs à chacun desquels il n'est confié que deux cas de misère.

Le système que nous résumons aussi brièvement que possible ne peut utilement fonctionner que dans un milieu où les bons vouloirs abondent dans une société tout entière imprégnée de sentiments fraternels.

Deux ou trois chiffres, parmi ceux qu'a produits M. de Paligny, montreront quels résultats ont été obtenus en Angleterre et en Amérique.

Au cours de l'exercice 1895-95, l'organisation de la charité de Londres et ses succursales ont été sollicitées par 23,603 cas de misère. 2,354 de ces demandes ont été retirées avant que la solution intervînt; dans 10,593 cas le secours a été refusé et dans 10,656 accordé. Voici comment peuvent se classer les secours accordés : Placements 735, secours à des émigrants 47, entrées à l'hôpital 1,051, dons d'appareils chirurgicaux 989, secours de convalescence 2,108, pensions de vieillards 299, admissions dans les asiles d'aliénés 333, prêts d'honneur 566, autres formes de secours 5,936. La caisse centrale a dépensé en secours 620,475 francs; les 39 comités de quartier 725,925 fr. Les frais généraux de l'œuvre sont importants, ses directeurs tenant à avoir un personnel sérieux et expérimenté.

Depuis que cette organisation fonctionne à Londres, en vingt-cinq ans, le nombre des pauvres par 10 000, habitants a passé de 445 à 223 ; celui des services à domicile, de 109,890 à 39,716. Le progrès moral est surtout sensible dans les questions où ces services sont le plus réduits ; c'est dans ceux-là que le nombre de livrets de caisse d'épargne augmente le plus.

Même aspect de choses en Amérique. Les 44 sociétés dont on a les comptes ont examiné dans la dernière année 74,704 cas. Il a été accordé 3,562 secours permanents; 18,558 services temporaires. Dans 12,000 cas il fallait du travail, non de l'argent. Secours refusés à des indigents ayant des parents qui pouvaient les aider, 2,534; pour cause de vices, 7,719; placements, 13,477; rapatriements, 490; prêts d'honneur, 596. Diverses églises ou sociétés ont assisté, sur la demande de l'organisation, environ 20,000 personnes.

Dans les dix principales villes où fonctionnent ces institutions, l'assistance publique a fait d'importantes économies; 350,000 dollars y sont dépensés en moins. Si l'honorable M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, avait l'espoir que des organisations de ce genre pussent en France réduire ainsi les frais de son administration, il formerait des vœux ardents pour leur naissance et leur développement.

En fait, elles sont nées et elles se développent. Elles sont surtout organisées comme sociétés d'assistance par le travail, mais assistance par le travail tout sec, sans les autres branches du système : enquêtes, visites aux malheureux, coopération de toutes les œuvres charitables. Un seul, l'Office central des œuvres de bienfaisance, est une véritable organisation de la charité. Il y a en tout, en France, 43 société d'assistance par le travail, dont 17 en province. Souhaitons qu'elles grandissent et qu'elles rendent chez nous les mêmes services que dans les pays anglo-saxons. Ce souhait est celui du Congrès : il émet un vœu en faveur du développement de l'organisation de la charité suivant les principes et les méthodes appliquées en Angleterre et en Amérique.

Un autre discussion intéressante a eu lieu relativement à l'*assistance aux étrangers*. Un important rapport avait été préparé par M. DROUINEAU, inspecteur général des établissements de bienfaisance. Ce rapport réunissait sous une forme aussi claire et aussi complète que possible les éléments de la question : nombre d'étrangers des divers pays en France ; nombre de Français dans les autres pays ; analyse des conventions faites entre les divers Etats pour l'assistance réciproque des diverses catégories de leurs nationaux ; comparaison entre les systèmes d'assistance appliqués dans chaque pays au point de vue de la réciprocité qu'ils permettent. Car la charité n'est point en général le fait des États, et ils s'accordent des avantages aux étrangers, c'est à charge de retour. Qu'un gouvernement accorde plus qu'il ne reçoit, à ce point de vue de l'assistance, et il crée une véritable prime à l'immigration. Il en est de même entre les villes d'un même pays, nous le savons suffisamment à Paris. La réciprocité véritable entre les divers pays serait le remboursement pur et simple de tous les frais d'assistance, remboursement qui, dans la pratique, rencontre les plus grandes difficultés.

N'y a-t-il donc rien à faire au point de vue de l'assistance aux étrangers ? M. Drouineau estime que l'initiative privée, aidée par les subventions, peut quelque chose, peut à peu près suffisamment en pratique. Les colonies étrangères dans chaque pays peuvent s'organiser au point de vue de la bienfaisance, et elles sont assurées d'obtenir l'appui des représentants officiels de leur nation. C'est ce qui se voit déjà, et c'est dans le développement de ce qui est déjà en bonne voie que le rapporteur est d'avis de chercher la solution de la question qui lui a été donné à traitor. Il approuve pourtant et conseille de multiplier les conventions particulières qu'ont faites divers États relativement aux marins malades, aux aliénés, etc., qu'il s'agit de rapatrier après guérison. Hors de là, les conventions seraient un leurre, une duperie surtout pour la nation la plus généreuse.

M. Drouineau concluait donc contre elles et en faveur du développement des sociétés de bienfaisance dans les colonies étrangères de chaque pays. Une discussion s'est élevée dans la section sur sa première conclusion.

M. le Dr NAVARRE, conseiller général de la Seine, a soutenu que, puisqu'il s'agissait de vœux à portée lointaine, on pouvait émettre celui de voir les peuples s'entendre pour la protection réciproque de leurs nationaux à l'étranger, et cette proposition, plus généreuse, plus sentimentale, mais moins pratique, a prévalu aussi dans l'assemblée générale.

Le Congrès émet donc le vœu « que les États interviennent par voie d'entente internationale ou de convention pour assurer l'assistance aux étrangers ». Il demande aussi que les gouvernements favorisent la création de sociétés de bienfaisance ayant mission de subvenir à cette assistance.

D'autres communications très intéressantes sont faites sur les *institutions charitables de la Suisse*, où l'on comprend si

bien le devoir de la solidarité sociale. Citons sans détails celles de Mlle NAVILLE, sur la *protection de l'enfance malheureuse par l'initiative privée*; de M. ISELIN (de Bâle), sur l'*assistance aux étrangers* dans ce canton; de M. Raimondo ROSSI, sur les *institutions de bienfaisance du Tessin ;* de M. LOMBARD, sur l'*assistance par le travail à Genève*; de M. BILLE, directeur de l'asile de Dombresson, sur la *protection*, si bien organisée et si efficace de l'*enfance abandonnée,* à Neufchâtel.

Le jeudi, les salles de séances sont restées vides ; les congressistes ont visité le matin l'exposition d'économie sociale où figurent les œuvres d'assistance; l'après-midi, divers établissements de bienfaisance de Genève et des environs. Le soir, ils ont été reçus au palais Eynard par le Conseil d'État de la République de Genève et par le conseil administratif de la ville. En somme, Congrès très intéressant et duquel dans notre pays on ne s'est pas assez préoccupé.

Veuillez agréer, etc. X...

BIBLIOGRAPHIE

Théorie nouvelle de la Vie; par LE DANTEC, ancien élève de l'école normale supérieure, docteur ès sciences. — 1 vol. in-8, 323 p. *Bibliothèque scientifique internationale.* Félix Alcan, Paris, 1896.

Un livre de haute, indépendante et courageuse philosophie positive. « Nous ne pouvons établir de lois que pour ce qui frappe nos sens, pour les phénomènes ; aussi ne devons-nous parler que de ce que nous observons. Les sciences naturelles sont des sciences d'observation. » Tel est le fil qui devra guider les Thésée de la science positive à travers l'obscure labyrinthe où s'élaborent les premières manifestations de la vie organique. « Dans ce qui frappe nos sens au cours de l'observation des êtres vivants, rien n'est en dehors des lois naturelles établies pour des corps bruts (chimie et physique) ». Voilà la dernière conclusion du livre de M. Le Dantec, conclusion qu'il voudrait avoir établie au cours de son étude très originale sur les phénomènes de la vie. Appliquant à l'étude des êtres monoplastidaires, la méthode précise de la chimie, et la notion précise d'individualité écartée, les résultats en deviennent féconds, sans même qu'il soit besoin de recourir à quelque hypothèse que ce soit.

Procédant par *approximations* successives, M. Le Dantec a groupé les faits qui serviront de base à son jugement en trois faisceaux: les uns résultant de l'*observation de courte durée* sur les plastides vivants, les autres démontrés par une *observation plus prolongée,* les derniers enfin, caractérisant l'évolution des espèces monoplastidaires, étant fournis par une *observation de très longue durée.* Cette division trinitaire, reliant l'alpha vital à l'oméga mortel, nous paraît tout à fait rationnelle lorsqu'il s'agit d'évolution, c'est-à-dire d'un phénomène fonction du temps beaucoup plus que de l'espace. Et, comme il faut aller du simple au composé, cette observation fractionnée s'appliquera avant tout au plastide, à l'être monoplastidaire.

M. Le Dantec en dégage la notion de la vie et de la mort *élémentaire.* Dans la seconde partie de son livre, il étudie les êtres polyplastidaires, l'individu métazoaire et sa reproduction ; dans une troisième partie enfin, il envisage la vie psychique et l'individualité psychologique, épiphénomènes liés aux manifestations physiologiques.

Il est certaines parties de ce livre qui réduisent, avec une logique de déduction très serrée, à leur simple expression possible, des définitions comme celle-ci : « Quand il s'agit de spécification, *il suffit de parler des protoplasmas.* » Ou bien encore: « Le poison est une substance qui, introduite dans le milieu vital du plastide, en arrête la vie élémentaire manifestée. » La différence chimique des protoplasmas spécifiques est attestée par l'action différencielle de certains poisons spéciaux. La thérapeutique de certaines maladies microbiennes en profite en tuant le parasite sans nuire à l'hôte (quinine tuant les *Hemamœba Laverani*, à un degré de concentration qui la laisse inoffensive pour l'organisme humain). Voici une autre thèse non moins importante : « Pour un protoplasma de composition chimique déterminée, il y a une forme déterminée, qui est la forme d'équilibre de ce protoplasma à l'état de vie élémentaire manifestée », et, plus loin, « il y a un lien indissoluble entre la morphologie et la physiologie ». Nous n'en sommes plus très loin, on le voit, de ce protoplasma « cristallisé » qu'en manière de paradoxe apparent, certains esprits voulaient concevoir pour satisfaire à un besoin d'explication de phénomènes toxinomiques désespérément réguliers.

Au chapitre *apparition de la vie élémentaire,* du volume de M. Le Dantec, nous trouvons des « peut-être » très suggestifs. Il se peut, dit-il, que la synthèse initiale de la molécule monérienne ait eu lieu une ou plusieurs fois, en un ou plusieurs points et qu'il y ait eu plusieurs espèces de monères initiales, qu'elle ne soit produite dans aucune autre planète... et il laisse au tempérament du penseur le soin de remplacer les points suspensifs « Il faudrait tout de même que je relise Pouchet », nous disait, il y a quelque temps, un de ces inquiets curieux. Très ingénieuse, au chapitre *système nerveux*, la théorie de la transmission chimique que l'auteur donne de l'influx nerveux, plus loin celle des plastides incomplets, ainsi que la théorie sur le rôle de l'excitation fonctionnelle. Mais nous ne pouvons qu'appeler ici l'attention sur des sujets aussi importants et engager le lecteur, qui espère peu de la philosophie métaphysique, à chercher meilleure pâture de l'esprit dans ce volume de philosophie hautement positive. Il n'appliquera pas à M. Le Dantec ce précepte de Descartes : « Ne cherchez pas ce qu'on a écrit ou pensé avant vous ; mais sachez vous en tenir à ce que vous reconnaissez vous-même pour évident. C.

VARIA

Faculté de Médecine de Paris.

Bourses de Doctorat.

Le Ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, arrête :

Article premier. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de Médecine et des Facultés mixtes de Médecine et de Pharmacie, le lundi 26 octobre 1896.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 17 octobre, à quatre heures.

Art. 3. — En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consisteront en compositions écrites.

Art. 4. — Sont admis à concourir : A. *Régime du* 31 *juillet* 1893. Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année. L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie). — B. *Régime du* 20 *juin* 1878. 1° Les candidats qui ont subi avec la note bien le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves sont : *a)* une composition de chimie ; *b)* une composition de physique et d'histoire naturelle. — 2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note bien le premier examen probatoire et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de deuxième année. Les épreuves sont : *a)* une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie) ; *b)* une composition d'histologie. — 3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note bien la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves sont : *a)* une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie, anatomie des régions) ; *b)* une composition d'histologie et de physiologie. — 4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note bien la deuxième partie du deuxième examen probatoire : les épreuves sont : *a)* une composition de médecine ; *b)* une composition de chirurgie. Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Art. 5. — Les candidats qui justifient de la mention bien au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-

philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

Ecoles de Pharmacie.

Bourses de Doctorat.

Le Ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, arrête :

Article premier. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacien de première classe aura lieu, au siège des écoles supérieures de pharmacie et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 26 octobre 1896.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 17 octobre, à quatre heures.

Art. 3. — Seront admis à concourir : 1° les candidats pourvus de quatre, huit ou douze inscriptions, qui ont subi avec la note bien des examens de fin de première et deuxième année et l'examen semestriel ; 2° les pharmaciens de première classe aspirant au diplôme supérieur.

Art. 4. — En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consistent en compositions écrites portant sur les matières énumérées dans le programme suivant : *Candidats au grade de pharmacien de première classe*. Elèves à quatre inscriptions : 1° physique et chimie ; 2° botanique. Elèves à huit inscriptions : 1° chimie organique ; 2° matière médicale et pharmacie. Elèves à douze inscriptions : 1° pharmacie galénique ; 2° chimie analytique et toxicologie. — *Candidats au diplôme supérieur* : Section des sciences physico-chimiques : 1° physique ; 2° chimie. Section des sciences naturelles : 1° botanique ; 2° zoologie. Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Art. 5. — Les candidats pourvus du grade de bachelier de l'enseignement secondaire classique ou de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complet, qui ont été admis à ce grade avec la mention bien, peuvent obtenir sans concours une bourse de première année.

Ecole du service de Santé militaire.

Candidats admis en 1896.

Voici, par ordre de mérite, la liste des 62 candidats admis à l'Ecole du service de Santé militaire à la suite du concours de 1896 :

MM. Magnoux, Hurel, May, Ser, Léard, Grillat, Marcombes, Schnœbelé, Forget, Bablon, Perrot, Badie, Mailhetard, Gruié. Guericolas, Spick, Picque, Legendre, Dupuich, Gimazane, Demard, Randon, Muller, Périé, Léothaud, Casse, Weitzel, Coste, Sénat, Jeandidier, Brunetière, Villa, Henry, Pierre, Potrée, Romieu, Morvan, Garnaud, Sylvestre, Duguet, Tellier, Roques, Antoine, Talon, Talabère, Massip, Saint-Martin, Bobard, Moisseney, Gaubert, Lévy, Domage, Do, Boulin, Nieger, Anthony, Molard, Taillade, Nurdin, Laurens de La Cenne, Loubet, Lajoanio.

Les 31 premiers candidats admis devront se présenter à l'Ecole le 26 octobre, à huit heures du matin, et les autres à deux heures du soir.

Le Ministre a fixé à 1,062 fr. 52 le prix du trousseau qu'auront à verser les candidats qui seront admis à l'Ecole du service de santé militaire, à la suite du concours de cette année.

Inauguration du Monument de Pasteur à Alais.

La statue de Pasteur, en bronze, s'élève sur un haut piédestal de marbre blanc. L'illustre savant couvre d'un geste protecteur, de sa main droite, une fileuse en bronze agenouillée et qui implore le secours de son génie ; dans sa main gauche il tient une bruyère où sont des cocons, dont il cherche à pénétrer la mystérieuse maladie qui menace de ruiner l'industrie du pays. L'œuvre de M. Tony Noël, d'une belle sobriété, a été érigée sur la place de la Maréchale, d'où l'on découvre un large cirque de vallons et de montagnes, devant l'ancien fort de Vauban. La phrase connue est inscrite sur une des faces du piédestal : « Si la science n'a pas de patrie, le savant doit en avoir une. »

La cérémonie d'inauguration, qui a eu lieu le 27 septembre, dans l'après-midi, était présidée par M. Duclaux, directeur de l'Institut Pasteur. Sur l'estrade avaient pris place MM. de Ramel, député, maire, Cazot, sénateur, Silhol, Malzac, Maurice Faure, députés, de Bornier, de l'Académie française, Chauveau, de l'Institut, Vallery-Radot, et de nombreux invités venus de Paris, de Lyon, de Marseille, et surtout de Nîmes ; la musique du 38e d'artillerie salue la chute du voile qui découvre la statue ; le canon tonne ; puis MM. de Ramel et Duclaux prononcent des discours très applaudis ; une députation de fileuses vient ensuite jeter des fleurs au pied de la statue et offrir un bouquet à Mme Vallery-Radot, fille du savant dont on glorifie la mémoire.

Inauguration du Buste du physicien Archereau en Vendée.

La petite commune de Saint-Hilaire-le-Vouhis, située à peu de distance de la Roche-sur-Yon (Vendée), a célébré le 27 septembre la mémoire de l'inventeur Archereau, dont on connait, grâce au travail de M. le Dr Marcel Baudouin, vendéen comme lui, la vie malheureuse, tourmentée et glorieuse.

Le programme de cette fête toute scientifique, organisée par notre Secrétaire de Rédaction, à qui l'on doit l'érection de ce buste, comportait, en premier lieu, la réception des autorités départementales. Puis, à une heure, s'est faite l'inauguration du buste de l'inventeur, buste en bronze du statuaire Dolivet, supporté par un socle de granit bleu. Des discours ont été prononcés, entre autres par M. le Préfet de la Vendée, par MM. Béjarry, sénateur, Marchegay, député, notre excellent maître M. Grimaux, de l'Institut, etc. Le monument a été remis à la municipalité par M. Lionel Bonnemère, président du comité, auquel le maire de Saint-Hilaire-le-Vouhis a répondu par une allocution. Après cette cérémonie, à deux heures et demie, le cortège s'est reformé et, en voiture, on a gagné le Pouzaire, où les autorités ont été reçues par le Maire de Saint-Hilaire-le-Vouhis ; de là, pédestrement, on s'est rendu au village de la Roulière pour l'inauguration d'un médaillon placé sur la maison où Archereau est né en 1819. Ce médaillon commémoratif, œuvre du sculpteur Robuchon, d'un dessin très heureux, est encadré par une plaque scellée dans un motif architectural style Renaissance.

Après une allocution de M. Bonnemère, les personnages officiels ont fait une courte promenade sur les bords du Petit-Lay. — Excursion très réussie.

Le médecin de l'amour et le médecin des magnans.

A propos de l'inauguration du Monument d'Augustin de Sauvages, à Alais.

C'est une physionomie originale, celle de cet abbé Augustin de Sauvages dont on a célébré la mémoire, à Alais, dimanche dernier.

Il avait pour frère aîné François, l'illustre nosologiste, alors professeur à la Faculté de Montpellier, qui, dans sa jeunesse, avait eu le cœur tendre et qui, paraît-il, n'avait pas encore, plus tard, cessé d'être jeune. Dès l'adolescence, François de Sauvages avait eu un vif penchant pour les sciences médicales ; mais il en avait égayée la sévérité par une large contribution à la poésie galante.

François, après de longs voyages, rentrant dans son pays, muni d'un bagage scientifique considérable, vint prendre ses degrés à Montpellier ; on y a vainement cherché sa thèse qu'aucun recueil moderne ne mentionne ; il y étudiait les moyens de combattre une maladie qui n'est communément pas comprise dans ce qui fait l'objet de la médecine : « Si l'amour peut être guéri par des remèdes tirés des plantes... ». Telle était la question qu'il s'était posée ; la thèse fit du bruit en Europe et valut à François le nom de « médecin de l'amour ».

On s'imagine que l'abbé, quel que fût son respect pour son aîné, dut lui envoyer en bonne prose latine ou romaine une épître bien troussée et qu'il lui dit quelque chose comme ceci :

« Après avoir écrit votre *Art d'aimer*, vous aussi, à l'imitation d'Ovide, vous cherchez maintenant et prétendez enseigner la guérison. Je propose que vous adoptiez pour devise ce vers de votre poète dans son *Amoris remedium*, que j'ai lu par goût des lettres latines et non point que j'y voulusse découvrir aucune prescription contre un mal que j'ai toujours ignoré :

Discite sanari per quem didiscitis amare.

» Seulement, mon cher frère, il me paraît que n'étant point guéri vous-même, il est peu probable que vous guérissiez les

autres, et je suis assez versé dans la connaissance des plantes pour vous assurer qu'aucune d'elles ne possède la vertu curative que vous espérez. M. Linné, qui est bien plus savant que moi, me l'aurait marqué.

Ovide ne dit-il pas :

Viderit, hæmoniæ si quis mala pabula terræ
Et magnas artes posse juvare potest
Ista veneficii vetus est via...

« Vous voyez qu'il faut abandonner cette affaire, à moins que vous n'essayiez du suc de certaines herbes qui détruisent la raison et qu'on nomme pour cela vésaniques ; mais quelle raison enlèverait ce breuvage à des gens que l'amour a déjà privés de toute raison? Vous devriez mettre cela en vers français; pour moi j'y suis malhabile. »

D'autres soins vinrent occuper l'Abbé. En 1750, le Languedoc désespérait d'enrayer la maladie des vers à soie; on parlait d'arracher les mûriers devenus inutiles. L'Abbé de Sauvages s'appliqua à l'étude de la question, publia un premier mémoire sur les « muscardins » et reçut du contrôleur général Trudaine la mission de composer une méthode scientifique et raisonnée de l'art d'élever les vers à soie. Confiné dans son château de Sauvages, l'abbé passa des jours et des nuits à suivre tous les mouvements de ses magnans ; il les disséqua; il observa les symptômes de leurs maladies ; il en fit les descriptions d'une façon si magistrale que Pasteur n'a pas hésité à citer ce travail. Après ses études sur les vers à soie, la conservation de la graine, son mode d'éclosion, il passa à toutes les parties du domaine séricicole; pour écrire son mémoire sur la culture du mûrier, il fit plusieurs voyages en Italie, voyages qu'il accomplissait à pied.

Reçu par tout ce l'Italie comptait alors de savants médecins, botanistes, agronomes, accueilli par le pape Clément VIII et par le roi de Naples, l'abbé de Sauvages a couvert son journal de notes et de réflexions parfois bizarres. A noter cette précieuse et exacte remarque qu' « à Florence on pisse plus qu'en aucune autre ville d'Italie, parce qu'on y transpire moins. »

La biographie de ce savant est très curieuse. Physicien, botaniste, grammairien, inventeur, collaborateur de l'Encyclopédie, correspondant de Buffon et de Linné, ami de Montesquieu et du baron d'Holbach, Augustin Boissier de Sauvages, septième enfant d'un ancien capitaine au régiment de Flandre, avait été destiné tout jeune à l'état ecclésiastique. Il entra de bonne heure dans les ordres ; mais, tandis qu'il faisait son cours de théologie à la Sorbonne, il contracta l'habitude des sciences et s'y attarda quelque peu, car il ne reçut la prêtrise qu'à l'âge de soixante ans. Rentré à Alais après ses études à Paris, il suivit avec intérêt et admiration tout le mouvement scientifique de son époque ; il appliquait l'électricité à la guérison de la surdité, simplifiait le thermomètre de Réaumur, envoyait à l'Académie française des observations grammaticales, s'occupait d'aréostation, essayait l'exploitation des houillères d'Alais, étudiait la fabrication des Indiennes, cherchait l'origine du miel, ramassait les éléments d'un dictionnaire languedocien très estimé ; puis patiemment étudiait toutes les questions se rattachant à la sériciculture : ce qui est son vrai titre de gloire auprès des populations languedociennes ; son *Art d'élever les vers à soie* passe encore pour le meilleur travail qui ait été écrit sur la matière.

L'Institut Verneuil à la Baule.

Le 27 septembre, à 4 h., a eu lieu à la Baule l'inauguration de l'Institut Verneuil. Placé dans une situation exceptionnelle à mi-chemin entre la Baule et Pouliguen, sur le bord même de l'Océan, les tuberculeux du sort auquels il est destiné auront d'un côté la mer et de l'autre les immenses bois de sapins qui font de cette côte privilégiée presqu'un autre Arcachon. L'édifice central seul est achevé ; c'est un monument qui a grand air et dans lequel le confort le dispute à l'élégance. L'inauguration était précédée d'un banquet auquel ont pris part près de deux cents convives. Des toasts pour le succès de cette œuvre humanitaire ont été portés par M. Pallu, président du conseil d'administration ; E. Merson ; MM. les Drs Poisson et Bertin ; Jacomey, directeur des Services télégraphiques ; M. et Mme Paire ; MM. de Borghgrade, député au Parlement belge ; Amaury Simon et M. Guignard (d'Angers), députés ; Lechat, ancien maire de Saint-Nazaire ; Flornoy, armateur, etc., etc.

Les Infirmières à bicyclette.

Il n'est pas un voyageur, dit le *Temps*, qui n'ait remarqué, pendant ses promenades à Londres les charmantes infirmières des hôpitaux. Et ceux qui ont pu se renseigner sur elles et les mieux connaître n'ont pas tardé à ressentir pour ces vaillantes filles autant de vénération que d'intérêt.

Ce ne sont pas des professionnelles, mais des volontaires. En échange d'une indemnité qui ne dépasse jamais 750 francs par an, elles prodiguent aux indigents et aux malades les soins les plus dévoués et les plus patients. Le peu qu'elles reçoivent suffit à peine à couvrir les dépenses de leur toilette, à payer l'uniforme simple et sobre et cependant coquet qu'elles sont fières de porter. Presque toutes appartiennent à la bonne bourgeoisie de la métropole et quelques-unes à la meilleure aristocratie. C'est une tradition ici dans beaucoup de familles que les jeunes filles entrent ainsi dans la vie par un stage de sacrifice et de dévouement. Beaucoup le prolongent deux et trois ans, et quelques-unes, apres avoir épousé des médecins, y consacrent leur existence tout entière.

Il est bien légitime que ces jeunes filles prennent quelques distractions. Aussi les a-t-on vues sans surprise fonder la semaine dernière, un club vélocipédique d'infirmières, club où elles n'admettront personne en dehors de la profession.

La fondation de cette société a rappelé l'attention de la presse en général, et de la presse médicale en particulier, sur les inconvénients de la bicyclette pour la femme, et l'on n'a pas omis de noter que les derniers Congrès avaient proclamé l'excellence de ce sport pour le beau sexe. Ceci était d'ailleurs bien inutile. Ce n'est pas en inquiétant les dames au sujet de leur santé qu'on les amènera à renoncer à un exercice dangereux, qui les expose, dit-on, à subir comme à causer une foule d'accidents. M. le Dr Craft semble user d'un expédient plus ingénieux et plus sûr quand il essaye de les inquiéter au sujet de leur coquetterie. Ce savant praticien, dont les travaux sur l'hygiène font autorité, publie à propos du « Nurse's Cyling club » un article où il s'efforce de démontrer aux passionnées de la bicyclette que ce sport deforme la colonne vertébrale, met en saillie les muscles de l'avant-bras et du mollet, élargit les pieds et les mains. Il cite, sans les nommer, nombre de ses clientes (Il ne manquerait plus que cela!) qui venues en ce monde avec des extrémités présentables, doivent aujourd'hui à la bicyclette de pouvoir exhiber des pattes dont la solidité et la vigueur ne font pas oublier la difformité. Quelques-unes de ces dames, les plus enragées sans doute, sont devenues légèrement bossues à force de pédaler, dit M. Craft, qui exagère un peu. Il est certain que ce n'est point avec des considérations tirées de l'hygiène que l'on arrachera à la bicyclette des créatures assez héroïques pour résister à toutes les tortures du corset. Les raisons tirées de la coquetterie ont plus de chance de réussir. Devons-nous prévoir le jour où les jolies et si gracieuses infirmières des hôpitaux de Londres ganteront toutes du 9 1/2 et chausseront des bottes de postillon? Malgré M. Craft, nous ne le pensons pas. Qu'elles se consolent donc, les gentilles « misses » anglaises! Tout en pédalant, elles n'altéreront en rien leurs lignes si pures et continueront à épouser nos confrères d'Outre-Manche, qui, sur ce point, sont dignes de tous les éloges.

Une nouvelle jeûneuse.

Le *Courrier des Etats-Unis* annonce que Mme Ingham, de Laporte, dans le Michigan, qui a battu depuis longtemps tous les jeûneurs qui se sont exhibés à diverses reprises aux Etats-Unis, a atteint le 203e jour de son dernier jeûne. Il faut dire que Mme Ingham est sujette à de longs accès de catalepsie pendant lesquels elle ne prend absolument aucune nourriture. On raconte qu'il y a quinze ans elle resta ainsi 360 jours sans manger. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'étrange affection dont Mme Ingham est atteinte a, depuis longtemps, éveillé la curiosité de plusieurs sommités médicales des Etats-Unis. Pendant les périodes de jeûnes, Mme Ingham a quelques courts intervalles lucides ; mais, même alors, il est impossible de lui faire prendre aucune nourriture. Quand elle était dans un état normal, c'est-à-dire avant son dernier accès, elle pesait 210 livres; après son 203e jour de jeûne, elle ne pèse plus que 75 livres.

André Vésale dans les romans.

Récemment disparaissait un Parisien, fort célèbre jadis, Petrus Borel, le Lycanthrope, et J. Claretie, de l'Institut, se souvenant de son petit volume de 1865, l'enterrait très dignement en l'une de ses vivantes chroniques de la « Vie à Paris ». Sait-on que ce poète...artificiel est l'auteur d'un roman « Champavert », dont André Vésale est le héros sous le nom d'Andrea Vesalius, et sous les traits du classique « Barbe-Bleue ». Ce Vesa-

lius là tuait en effet les galants de sa femme, et, par jalousie autant que par amour pour la science, se livrait sur eux à une dissection approfondie. Quant les squelettes étaient bien préparés. il les montrait à l'épouse coupable qui, à son tour, était bientôt préparée anatomiquement. Une jolie vignette de Jean Gigoux (1833), représente cette scène avec vivacité.

Marcel B.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1er AVRIL AU 30 JUIN 1896, PAR MM. LES Drs PASSANT ET HAUTECŒUR.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	11	10	2	23
2e	7	17	2	26
3e	28	30	8	66
4e	23	58	14	95
5e	32	37	10	79
6e	9	22	9	40
7e	16	19	4	39
8e	3	7	0	10
9e	12	18	2	32
10e	28	32	7	67
11e	115	170	53	338
12e	41	54	13	108
13e	72	95	43	210
14e	42	57	30	129
15e	46	86	24	156
16e	17	19	2	38
17e	33	59	33	125
18e	100	141	70	311
19e	68	[illegible]	58	241
20e	179	232	26	[illegible]
	882	1278	510	2676

MALADIES OBSERVÉES.

A		**E**	
Angines et laryng.	218	Affect. cérébrales	108
Croup	18	Eclampsie. Convuls.	67
Coqueluche	13	Tétanos	»
Maladies des yeux et oreilles	»	Névralgies	58
Corps étrangers de l'œsophage	»	Névroses	81
		Epilepsie	8
		Aliénation mentale	7
B		Alcoolisme. Delirium tremens	20
Asthme	51	Chorée	»
Affections du cœur	122	Tétanos	»
Bronchites aiguës et chroniques	326	Gale	»
Pleuro-pneumonie	153	**F**	
Congestion pulmonaire	57	Rhumatisme	23
Grippe. Influenza	»	Affections éruptives	129
C		Erysipèle	»
Affections et troubles gastro-intestinaux	283	Fièvres	47
Cholérine et dysent.	41	Fièvre typhoïde	5
Dysenterie	9	Hémorrhagies de causes internes et externes	75
Athrepsie	17	**G**	
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	106	Plaies. Contusions. Abcès	83
Hernie étranglée	23	Fractures. Luxations. Entorses	20
Rétention d'urine	14	Brûlures	2
Orchite	»	Empoisonnements	19
Affections des organes génitaux externes	»	Asphyxie par le charbon	3
		— submersion	»
D		Suicide	2
Métrite. Métro-péritonite	66	**H**	
Métrorrhagie	51	Morts à l'arrivée du médecin	45
Fausse couche	113		
Accouc. Délivrance	187		
Accouc. non terminé	»	Total	2670

La moyenne des visites par nuit est de 25,93.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 32,4.
Les hommes entrent dans la proportion de 33,00 0/0.
Les femmes — — de 47,86 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 19,14 0/0.

Visites du 1er trimestre de	1896	4,254
— 2e —	1896	2,670
Différence en moins.		1,584

La nervosité d'Alfred de Musset.

M. A. Brisson vient de publier, dans le *Temps*, quelques notes sur la *nervosité* d'Alfred de Musset. Elle dépassait, au dire de sa Gouvernante, tout ce qu'on peut imaginer.

A. de Musset avait le don de seconde vue. Il devinait ce que l'on pensait, avant que l'on ait ouvert la bouche pour le lui dire. Il était hanté par des pressentiments qui ne l'ont jamais trompé. Un soir, il passe sous les guichets du Louvre et il entend une voix qui geint : « Je suis assassiné rue de Chabannais. » Il y court, et il se croise avec un cadavre qu'on venait en effet de ramasser au lieu indiqué. M. Arago, qui assistait à la scène, m'en a affirmé l'exactitude.

« Une autre fois, il m'appelle, dit la Gouvernante, vers 3 heures du matin. Je l'aperçois, hagard, assis sur son lit. Il m'indique un coin de la chambre : « Là, s'écrie-t-il, il y a un damné croque-mort, qui ne veut pas s'en aller ! » Je le rassure ; mais il insiste : « Non, non! il vient me chercher, ou bien quelqu'un a rendu l'âme dans la maison... » J'appris, le lendemain, que notre voisin était décédé à l'instant même où M. de Musset avait eu cette horrible hallucination... Mais j'arrive au cas le plus extraordinaire.

« C'était une semaine avant de le perdre. Il était très affaibli. Je me tenais immobile à son chevet, avec ma sœur. Tout à coup, il se lève ; nous l'interpellons ; il n'entend pas ; il s'élance vers la sonnette qui se trouvait à gauche de la cheminée. Mais il s'affaisse à mi-chemin sur un fauteuil ; il étend seulement le bras vers le cordon qu'il ne peut atteindre. Alors (et je vous jure que je n'invente rien !), ma sœur l'observa comme moi, nous vîmes le cordon s'agiter, comme si une main l'avait touché, et notre nièce, qui était à la cuisine, à l'autre bout de l'appartement, accourut en disant : « On a sonné? »

M. Brisson n'a pu dissimuler à la vénérable Adèle que cette historiette lui semble chimérique.

Or, elle a ajouté tout bas, comme si une force intérieure la poussait à cet aveu : « Du reste, j'ai fait tourner les tables, et *il m'a parlé!* »

Mystère!...

Enseignement médical libre.

Technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Broca, recommencera les cours suivants, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5, savoir: Le lundi 12 octobre, à *deux heures*, technique bactériologique et méthodes pratiques, avec manipulations. Le jeudi 15 octobre, à 8 *heures du soir*, technique microscopique pratique avec manipulations et exercices de diagnostic d'anatomie pathologique. Ces deux cours sont destinés à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 9, rue Marsollier (quartier de l'Opéra), de 1 h. à 2 h.

FORMULES

L'acide gallique dans les hémoptysies des tuberculeux.

L'acide gallique que l'on néglige peut-être un peu trop, rend de réels service dans le traitement des hémoptysies des tuberculeux. Barth (*Traité de la Tub.*), Grasset (*Consultations médicales*), Roux (*Formulaire*), etc., n'en font nullement mention. Capitan, dans un récent article de la *Médecine moderne* (26 août 1896), ne fait que le signaler, Lemoine (*Thér. clinique*) le considère comme inférieur à l'ergotine. Cependant, il est parfois très utile, et son emploi nous a donné des résultats très satisfaisants.

Employé déjà dans les hémoptysies par Gardner, qui en donnait 4 à 6 grammes, par Waters et Holders qui l'employaient à très hautes doses, il se présente sous forme d'aiguilles incolores, longues, soyeuses, inodores, de saveur astreingente et acidule, solubles dans 100 parties d'eau froide, et très solubles dans l'alcool. Ses incompatibilités sont les sels de fer, les alcalis, l'émétique.

Administré à dose toxique, il détermine, d'après Schroff, de la respiration abdominale, rare, très pénible, de l'irrégularité des battements du cœur et des artères. C'est un vaso-constricteur qui agirait également sur les vaisseaux rénaux, ce qui explique le fait que Rambuteau en conseillait l'emploi dans la polyurie.

Les doses employées dans l'hémoptysie varient de 30 centigrammes à 1 gramme ; il peut se donner en poudre, en pilules, en potion. Gubler conseillait de ne pas dépasser 1 gramme, et formulait ainsi :

Acide gallique	0,30 à 1 gramme.
Infusion d'écorce d'oranges	100 —

A prendre dans la journée.

Il le considérait comme plus stable et mieux supporté par les voies digestives que le tannin. Il faisait d'ailleurs partie de son oxymel diurétique, ce qui semble être en contradiction avec les propriétés anuriques qu'on attribue à ce médicament.

Les doses conseillées par Gubler peuvent sans inconvénient être dépassées, et M. Marfan fixe comme doses de 1 à 2 grammes dans les hémoptysies apyrétiques légères.

Des faits, que nous avons pu observer, il résulte que l'acide gallique employé seul est d'une utilité incontestable dans les hémoptysies légères à répétition, et qu'il peut être longtemps employé sans nul inconvénient. On pourra ainsi formuler :

Acide gallique. . . . . . . 0 gr. 10 centigr.

Pour une pilule. Trois à cinq par jour selon les indications.

Ou bien employer la forme de Gubler.

Si l'hémoptysie n'est que peu abondante, on pourra l'associer avec avantage à l'ergotine, et formuler ainsi :

Acide gallique	2 grammes.
Ergotine	1 —

Pour 20 pilules. Cinq par jour en moyenne.

Ou bien employer la formule de Capitan.

Ergotine Bonjean	2 grammes.
Acide gallique	0 gr. 50 centigr.
Sirop de térébenthine.	120 grammes.

Une cuillerée à bouche d'heure en heure.

Associée à différents autres médicaments antihémoptoïdes, l'acide gallique peut être employé dans les hémoptysies graves, résultant de la rupture d'un anévrysme de Rasmussen, et c'est ainsi que nous avons vu cesser des hémoptysies, alors que les malades avaient expectoré une grande quantité de sang, en donnant les pilules suivantes :

Acide gallique.	0 gr. 10 centigr.
Ergotine. . . . . . . } Poudre d'ipéca. . . . . }	ââ 0 gr. 05 —
Poudre de digitale.	0 gr. 01 —

Pour une pilule. Cinq ou six par jour, ou même plus si c'était nécessaire.

On peut faire diverses autres associations utiles avec l'acide gallique, et nous avons obtenu de bons résultats de la formule suivante, que nous n'avons, il est vrai, employé que dans les hémoptysies légères, celles où les malades ne remplissent qu'un quart ou un demi-crachoir de sang pendant la journée :

Acide gallique.	0 gr. 10 centigr.
Sulfate de quinine. . . . } Ergotine. . . . . . . }	ââ 0 gr. 05 —
Extrait d'opium.	0 gr. 01 —

Pour une pillule. Cinq par jour. (*Journal des Praticiens*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 13 sept. au samedi 19 sept. 1896, les naissances ont été au nombre de 1.167, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 419 ; illégitimes, 175, Total, 594. — *Sexe féminin :* légitimes, 425 ; illégitimes, 148. Total, 573.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 13 sept. au samedi 19 sept. 1896, les décès ont été au nombre de 698, savoir : 343 hommes et 355 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 5, T. 6. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 1, F. 2, T. 3. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 0, F. 2, T. 2. — Diphtérie, Croup : M. 0, F. 0, T. 0 - Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 91, F. 68, T. 159. — Méningite tuberculeuse : M. 11, F. 10, T. 21. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 8, T. 23. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 3, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 34, T. 48. — Méningite simple : M. 6, F. 12, T. 18. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 12, F. 19, T. 31. — Paralysie, M. 6, F. 2, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 1, F. 2, T. 3 — Maladies organiques du cœur : M. 20, F. 26, T. 46 — Bronchite aiguë : M. 1, F. 3, T. 4. — Bronchite chronique : M. 3, F. 8, T. 11. — Broncho-pneumonie : M 13, F. 8, T. 21. — Pneumonie : M. 7, F. 8, T. 15. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 8, F. 10, T. 18 — Gastro-entérite, biberon : M. 16, F. 15, T. 31. — Gastro-entérite, sein : M. 6, F. 4, T. 10. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 3, T. 5. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M 1, F. 4, T. 5 — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 18, F. 7, T. 25. — Sénilité : M. 11, F. 15, T. 26. — Suicides : M. 9. F. 7, T. 16. — Autres morts violentes : M. 12, F. 2, T. 14. — Autres causes de mort : M. 52, F. 59, T. 111. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 4, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 79, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31, illégitimes, 17. Total : 48. — *Sexe féminin* : légitimes, 23, illégitimes, 8 Total : 31.

Faculté de Médecine de Paris. — *Inscription des élèves nouveaux*. — L'inscription des élèves nouveaux aura lieu tous les jours, de midi à 3 heures, au Secrétariat de la Faculté, du 12 octobre au 15 novembre 1896. La première inscription sera délivrée sur la production des pièces suivantes : 1° Acte de naissance : 2° Consentement du père ou tuteur. (Ce consentement doit indiquer le domicile du père ou du tuteur : la signature doit être légalisée. — La production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur) ; 3° Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (Lettres-Philosophie) ; 4° Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ; 5° Certificat de revaccination faite sous le contrôle de la Faculté. Toutes ces pièces sont indispensables pour l'établissement du dossier scolaire. — Le Conseil de la Faculté de Médecine de Paris a décidé que la revaccination aurait lieu : 1° A l'Académie de Médecine, 41, rue des Saints-Pères ; 2° A l'Institut de vaccine animale, 8, rue Ballu. Pour se présenter dans ces établissements, des bulletins individuels de revaccination obligatoire seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à 3 heures.

Service de santé militaire. — M. Leprêtre (Pierre-François-Gaston-Achille), médecin-major de 2e classe au 3e régiment de spahis, a été affecté au corps d'occupation de Madagascar et sera placé dans la position hors cadre, à dater du jour de son embarquement.

Universités étrangères. — *Faculté de Médecine de Berlin.* M. le Dr R. Krause est nommé privatdocent d'anatomie. — *Faculté de Médecine de Budapest.* Sont nommés privatdocenten, MM. les Drs E. Baumgarten (rhinologie et laryngologie) ; Géra Hainiss (théorie et pratique de la vaccination). — *Faculté de Médecine de Cracovie* M. le Dr L. Raczynski est nommé privatdocent de pédiatrie. — *Faculté de Médecine de Strasbourg.* M. le Dr Kausch est nommé privatdocent de médecine — *Faculté de Médecine de Youriew.* M. le Dr Kurtschinski, professeur extraordinaire de physiologie, est nommé professeur ordinaire. — *London Hospital Medical School.* M. le Dr Schorstein est nommé lecteur d'hygiène, en remplacement de M. Ralfe, décédé. — *Medical Department of the University of Buffalo.* M. le Dr F. S. Crego est nommé professeur des maladies du système nerveux. — *Medical Department of Howard University de Washington.* M. le Dr Charles Emmons est nommé professeur des maladies du système nerveux. — *Medical College of Ohio de Cincinnati.* M. le Dr D. I. Wolfstein est nommé lecteur d'anatomie pathologique (*Sem. méd.*).

Ecoles municipales d'infirmières. — Directeur de l'enseignement : M. le Dr Bourneville. — *Salpêtrière.* L'Ecole municipale d'infirmières de la Salpêtrière ouvrira ses cours professionnels le mercredi 7 octobre, à 8 heures du soir. L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'administration, M. Le Bas, directeur de la Salpêtrière ; éléments d'anatomie, M. le Dr Gautiez, ex-interne des hôpitaux ; éléments de physiologie, M. le Dr J.-B. Charcot, chef de clinique de la Faculté, ex-interne des hôpitaux ; pansements, M. le Dr Poirier, chirurgien du bureau central ; suppléant : M. le Dr Pilliet, ex-interne des hôpitaux ; soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, Mme Pilliet-Edwards, docteur en médecine ; hygiène, M. le Dr Ferré, médecin de Bicêtre ; petite pharmacie, M. Yvon, ex-interne des hôpitaux. Les dames qui veulent suivre les cours professionnels de l'Ecole de la Salpêtrière doivent se faire inscrire à l'Hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, bureau de la direction, de 9 heures à midi. Les cours sont gratuits. — *Lariboisière.* L'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de Lariboisière ouvrira ses cours professionnels le vendredi 2 octobre, à 8 heures du soir. L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'administration, M. Montreuil, directeur de Lariboisière ; éléments d'anatomie, M. Dauriac, interne des hôpitaux ; éléments de physiologie, M. le Dr Pilliet, ex-interne des hôpitaux ; pansements, M. le Dr Isch-Wall, interne des hôpitaux ; soins à donner aux femmes en couches, M. le Dr Maygrier, accoucheur des hôpitaux, agrégé de la Faculté ; hygiène, M. le Dr L. Tissier, ex-interne des hôpitaux ; petite pharmacie, M. le Dr Cornet, ex-interne en pharmacie des hôpitaux. Les personnes qui veulent suivre les cours professionnels de l'Ecole de Lariboisière doivent se faire inscrire à l'hôpital Lariboisière, rue Ambroise-Paré, n° 2, bureau de la direction, de 8 heures du matin à 5 heures du soir. Les cours sont publics et gratuits. — *La Pitié.* L'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de la Pitié ouvrira ses cours professionnels le jeudi 1er octobre, à 8 heures du soir. L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'administration, M. Joly, directeur de la Pitié ; éléments d'anatomie, M. Dauriac, interne des hôpitaux ; éléments de physiologie, M. le Dr P. Regnard ; pansements, M. le docteur Petit-Vendol ; soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, M. le Dr Lepage, accoucheur des hôpitaux ; hygiène, M. le Dr Regnier, ancien interne des hôpitaux ; petite pharmacie, M. le Dr Viron, pharmacien des hôpitaux. Les personnes qui veulent suivre les cours professionnels de l'Ecole de la Pitié doivent se faire inscrire à l'hopital de la Pitié, rue Lacépède, n° 1, bureau de la direction, de 8 heures du matin à 5 heures du soir. Les cours sont publics et gratuits.

Hôpitaux de Paris. — *Internes en Pharmacie.* — Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique vient de frapper de la peine de retenue de traitement pendant un mois, trois *internes en pharmacie* de l'Hospice de Bicêtre, qui avaient troublé l'ordre dans cet établissement. Ces jeunes gens s'étaient permis, il y a trois mois, d'inviter de nombreux amis du dehors à une fête de nuit qui eut lieu dans un petit square, situé au milieu de l'hospice. Un feu d'artifice fut tiré et, finalement, le vacarme produit par les chants, les rires et les danses réveillèrent le directeur de Bicêtre,

qui dut faire expulser les perturbateurs. Un des internes, qui s'était tout particulièrement distingué en répondant avec violence aux réprimandes du directeur, a été puni d'une suspension de deux mois du traitement et sera déplacé. Les faits incriminés remontant à plusieurs mois, ce ne sont pas les internes en pharmacie actuellement en service qui ont été l'objet de cette mesure.

Hospice des Quinze-Vingts. — Le concours du 7 août 1896, pour l'emploi du chef de clinique ophtalmologique à la maison nationale des Quinze-Vingts, s'est terminé par la nomination de M. le Dr Darieix.

Assistance publique de Paris. — *Legs.* — Par décret, le directeur de l'Assistance publique à Paris est autorisé à accepter, au nom du bureau de bienfaisance du VIIIe arrondissement, le legs de 10,000 francs fait aux pauvres de cet arrondissement par M. Rau (William-Alexandre-Henri-Auguste). — Par décret, le directeur de l'Administration de l'Assistance publique de Paris est autorisé à accepter un legs de 100 000 francs fait au profit de cette administration par M. Travers de Beauvert.

La Médecine dans l'Armée.— *Enquête médicale au 111e d'infanterie.* — On se souvient que dans la nuit du 11 septembre une quarantaine d'hommes du 111e d'infanterie, à Toulon, avaient été subitement atteints de dysenterie qui, heureusement, n'eut aucune suite grave. Quelques jours après ce premier incident, un soldat, élève musicien, nommé Olive, rentrant de permission, tomba malade et fut envoyé à l'hôpital principal de la marine, où il expira huit jours après. Le général Zurlinden, commandant le 15e corps, a envoyé à Toulon, en raison du bruit fait autour de ces deux affaires, le directeur du service de santé du corps d'armée, le médecin inspecteur Debaussaux. Celui-ci, après avoir interrogé les officiers et les hommes, a ordonné une nouvelle analyse de l'huile et de la morue employées à la caserne, et en ce qui concerne la mort du soldat Olive, a procédé à une enquête à l'hôpital. Le médecin-inspecteur Debaussaux est reparti pour Marseille.

La Peste aux Indes anglaises. — On mande de Bombay qu'une épidémie de peste bubonique vient d'éclater en cette ville. Le bacille de cette maladie est identique à celui découvert pendant la récente épidémie de Hong-Kong. Il y a déjà plus de 300 décès.

Les Médecins au Grand-Orient. — L'assemblée générale du Grand-Orient de France a procédé aux élections du tiers sortant des membres du conseil de l'ordre. Ont été élus : M. le Dr de Lanessan, ancien gouverneur de l'Indo-Chine; M. le Dr Tranier, adjoint au maire de Toulouse.

Un Centenaire. — M. G.-A. Bogaert, ancien commandant de vaisseau, habitant Groningue, a accompli, dimanche dernier, sa cent huitième année. A cette occasion, le drapeau national flottait sur le local d'une Société de navigation, à Rotterdam, dont le vénérable vieillard est membre depuis 1825.

Génie et Folie. — Mot de Napoléon Ier, mettant à Bicêtre, une pièce de cinq francs sur le front d'un aliéné en disant : « Il y a moins d'épaisseur que cette pièce de cent sous entre le crâne d'un homme de génie et celui d'un fou ». — Ce mot terrible tombant de telles lèvres serait d'une vérité brutale et puissante... s'il était exact.

Mort causée par les guêpes. — Un nommé Pierre Gilbert, âgé de cinquante-sept ans, cultivateur au village du Chatelet, commune de Tiercé (Maine-et-Loire), était en train de labourer un champ accompagné de sa femme, quand le soc de la charrue mit à jour un nid de guêpes. Aussitot l'essaim se mit en évolution, tourbillonna un instant en l'air et s'abattit sur Gilbert. Les guêpes couvrirent bientôt sa tête et ses mains, lui arrachant des cris désespérés, sous les yeux de sa femme, impuissante à le soulager, ayant elle-même à se défendre contre les guêpes qui la piquaient affreusement, mais en bien moins grand nombre. Quand on arriva au secours de Gilbert, dix minutes après l'accident, il avait cessé de vivre. Il est probable qu'au moment où il poussait des cris déchirants, une guêpe lui est entrée dans la bouche et l'a piqué, car on a remarqué qu'il était mort étouffé. La femme Gilbert souffre atrocement des suites des piqures qu'elle a reçues, mais sa vie n'est pas en danger.

Nécrologie. — M. le Dr Converset (de Mirabeau). — M. le Dr Henri Géhin (de Lunéville), médecin de la marine, décédé à Madagascar à l'age de 29 ans.— M. le Dr Raulin (de Rennes). — M. le Dr Reuss (de Paris). — M. le Dr Rogron (de Paris). — M. le Dr Rousseau (de la Tremblade). — M. le Dr Truchetet (de Gevrey-Chambertin). — M. le Dr Souplet (de Nogent le-Rotrou). — M. le Dr Brung (de Cercoux). — M. le Dr Coyteux du Portal (de Rufec). — M. Trifon Keskineff, né à Drianova (Bulgarie), étudiant à la Faculté de Médecine de Nancy, qui a succombé à l'âge de 28 ans, aux suites d'un furoncle ayant occasionné une phlébite des sinus. — Sir John Ericsen, chirurgien anglais fort connu. — Sir George Murray Humphry. Ce chirurgien anglais a succombé soudainement en sa résidence de Cambridge, où il était professeur depuis 1883, à l'âge de soixante-dix-sept ans. Membre d'un grand nombre de sociétés savantes (notamment correspondant et associé des Sociétés chirurgicale et anthropologique de Paris), Humphry avait été créé chevalier en 1891. Il laisse, comme principaux ouvrages, un traité sur le squelette humain (1858), un autre sur la myologie (1872), une étude sur *le vieillesse et ses modifications incidentes* (1889).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE AU *PROGRES MÉDICAL*

MANUEL PRATIQUE DES MÉTHODES D'ENSEIGNEMENT SPÉCIALES AUX ENFANTS ANORMAUX

Sourds-Muets, Aveugles, Idiots, Bègues, etc., etc

Par les Docteurs

HAMON DU FOUGERAY et COUËTOUX

Avec une préface du Dr Bourneville.

Un beau volume in-8 de XVI-304 pages, avec 27 figures et deux cartes. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr. 50

PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE ET CAVITÉ DE RETZIUS

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES HERNIES DE L'OMBILIC & DE LA LIGNE BLANCHE

PAR

le Dr J.-S. DAURIAC

Volume in-8 de 180 pages, avec 17 figures. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Cullerre (A.). — L'incontinence d'urine et son traitement par la suggestion. Brochure in-8. de 32 pages. Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . 0 fr. 70

Le Rédacteur-Gérant: Bourneville

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCCr), RUE DE RENNES, 71.

* SÉRIE. T. IV. N° 41. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 10 OCTOBRE 1896.

Le Progrès Médical



THÉRAPEUTIQUE

Essai de sérothérapie de la phtisie pulmonaire.

(*Méthode du Pr Maragliano, de Gênes*);

par le Dr L.-R. REGNIER, ancien interne des hôpitaux.

Dans un précédent article (1), j'ai déjà donné le manuel opératoire de la méthode; je n'y reviendrai donc pas aujourd'hui. Actuellement, je me contenterai, pour répondre aux diverses erreurs qui ont été mises en circulation dans la Presse scientifique, d'entrer dans quelques détails plus complets relatifs à la composition du sérum et à la manière de l'obtenir.

Afin de bien me faire comprendre, il me faut tout d'abord exposer quelques points importants de pathologie générale, relatifs à la manière de provoquer chez les animaux l'immunité artificielle qui sert de base à la sérumthérapie.

Pour qu'un sérum puisse être considéré comme doué de propriétés thérapeutiques, on a admis jusqu'à ces dernières années et surtout depuis le travail de Behring et Kitasato, qu'il était nécessaire qu'il fut doué du pouvoir antitoxique, si bien que, comme le dit le Dr Nicolas, dans son récent article de la *Presse médicale*, l'expression de sérum antitoxique est devenue synonyme de sérum immunisant. Depuis deux ans cependant, de nombreux travaux ont démontré qu'en dehors ou à côté du pouvoir antitoxique, les sérums des animaux vaccinés contre certaines maladies jouissaient aussi d'un pouvoir microbicide, soit *in vitro*, soit dans l'organisme vivant.

Or, si nous appliquons ces données au sérum de Maragliano, nous voyons : 1° qu'il contient des antitoxines spécifiques neutralisant, soit chez les animaux, soit chez l'homme, l'action des poisons tuberculeux. Ce qu'on peut démontrer de la façon suivante :

1° Chez les cobayes sains, 1 millimètre cube de sérum protège 1 gramme de cobaye sain contre la quantité mortelle minima de protéine titrée à 100 unités toxiques.

2° Chez les cobayes tuberculeux, le sérum est protecteur contre la quantité de tuberculine qui les tue. Cette deuxième expérience est la plus difficile à réaliser, parce qu'il faut savoir proportionner la quantité de tuberculine et de sérum à la force de résistance de l'animal, et que, de plus, il est difficile de trouver chez les deux cobayes nécessaires à chaque expérience, même force de résistance et même développement de la tuberculose.

3° Chez l'homme tuberculeux, la dose minima de tuberculine qui donne la fièvre à un tuberculeux apyrétique est neutralisée par un centimètre cube de sérum. A la suite du traitement par le sérum, les tuberculeux deviennent insensibles à l'action de doses de tuberculine même dix fois plus fortes que celle qui, avant le traitement, produisait la réaction.

Ces expériences sont faciles à répéter, et, jusqu'ici, personne à ma connaissance n'en a infirmé les résultats. Le sérum est donc réellement doué du pouvoir antitoxique.

(1) Voir Numéro du 7 février 1896.

2° La puissance bactéricide se démontre *in vitro* de la façon la plus simple. On fait tout d'abord chauffer le sérum normal de cheval et le sérum thérapeutique à 55-60 degrés pendant quelques heures et pendant plusieurs jours pour les dépouiller du pouvoir bactéricide commun à tous les sérums. On ensemence ensuite les deux sérums avec des bacilles de tuberculose ; dans le sérum normal, ils cultivent, tandis que le sérum thérapeutique reste stérile.

Cette expérience est également facile à reproduire, et jusqu'ici personne n'y a contredit. Le sérum du Pr Maragliano possède donc les qualités requises pour être employé en thérapeutique. On ne peut pas dire aujourd'hui qu'on n'en connaît pas la composition, car elle a été publiée avec tous les détails nécessaires dans un article de la *Presse médicale*, numéro du 10 juin 1896, que je vais brièvement résumer.

Les antitoxines sont obtenues en inoculant aux animaux toutes les substances toxiques qu'on peut tirer de cultures très virulentes de tuberculose humaine. Ces matériaux toxiques sont préparés en deux groupes séparés. Dans le premier A on concentre la culture à 100° au bain-marie, puis on la filtre au Chamberland suivant la méthode employée pour la préparation de la tuberculine. Dans le second B on filtre au Chamberland la culture non chauffée et on la concentre dans le vide à la température de 30°. Le produit A renferme les matériaux toxiques provenant du corps des bacilles, c'est-à-dire les protéines, le produit B renferme les produits de sécrétion des bacilles, les toxi-albumines que la chaleur détruit facilement.

Les liquides A et B sont concentrés de manière à ce que chaque centimètre cube renferme 100 unités toxiques. Le liquide inoculé aux animaux est composé de trois parties de A et d'une partie de B.

On inocule d'abord 2 milligrammes par kilogramme du poids de l'animal et on augmente d'un milligramme par jour jusqu'à ce qu'on arrive à la dose de 40 à 50 milligrammes par kilogr. On inocule ensuite toujours la même quantité pendant six mois. A ce moment les animaux sont immunisés et résistent même aux injections des cultures tuberculeuses virulentes qui tuent les animaux témoins. On suspend alors les injections et on attend qu'il ne reste plus en circulation de matériaux toxiques injectés, ce qui a lieu au bout de trois ou quatre semaines. C'est alors qu'on pratique la saignée et qu'on prépare le sérum d'après la méthode employée pour les autres sérums thérapeutiques.

Voilà qui est bien clair, et la composition, ainsi que le mode de préparation du médicament, sont donc aujourd'hui nettement indiqués.

Je passe maintenant à l'exposé de mes observations personnelles.

Dans mon précédent article figuraient 3 observations.

Le malade de l'*Observation I* avait été remarquablement améliorée par la sérothérapie. Mais, à cause de l'étendue des lésions, le cœur se trouvant très surmené, malgré la digitale et la spartéine, il a fini par se fatiguer et le malade est mort par asystolie et dépression cardiaque dans les derniers jours de mars.

Le malade de l'*Observation II*, après avoir présenté une amélioration persistante du 24 janvier au 18 février, a été repris d'hémoptysies abondantes. A ce moment, il n'a pas voulu reprendre les inoculations et il a succombé le 8 mars.

Ma seconde série est plus heureuse : elle comprend sept malades :

Observation IV.

Mlle F..., 19 ans, dentellière. Tousse depuis deux ans environ ; a été l'année dernière soignée à l'Hôpital international par M. Péan pour un abcès lombaire dû à un mal de Pott.

De constitution assez robuste, la malade s'est bien remise et actuellement elle ne présente ni douleurs rachidiennes ni déviation de la colonne vertébrale. L'appétit est bon. La malade tousse peu le jour, mais assez souvent la nuit. Elle a de temps en temps des sueurs nocturnes. Elle a eu une légère hémoptysie l'année dernière. Crachats nummulaires, contenant de nombreux bacilles de Koch.

Localement elle présente des signes de ramollissement assez étendus au sommet gauche en avant et en arrière. Dans la partie inférieure du lobe supérieur il y a quelques craquements secs, l'expiration est nettement prolongée, la voix légèrement retentissante. La zone de matité s'étend en avant jusqu'au niveau de la quatrième côte en arrière jusque sur le milieu de la fosse sous-épineuse. A droite, les lésions sont moins avancées, respiration rude au sommet, retentissement de la voix et expiration prolongée. Matité en avant et en arrière au niveau du sommet ; le reste du poumon semble sain.

Traitement commencé le 3 février par une injection de 1 cc. répétée tous les deux jours. Le 13 *février*. La malade tousse moins la nuit et presque pas le jour, elle n'a pas eu de sueurs nocturnes depuis le 10. Localement les râles sont moins abondants du côté gauche ; du côté droit il n'y a pas de changement appréciable. Le 1er *mars*, amélioration très considérable ; la malade ne tousse presque plus. Les bacilles dans les crachats sont devenus rares. Par précaution, une injection de 1 cc. est encore faite toutes les semaines pendant un mois, puis tous les 15 jours. Depuis, le bon état s'est maintenu.

Observation V.

M. F..., 45 ans, garçon de cuisine, père de la malade de l'observation précédente. La mère est morte phtisique. Son père jouissait d'une bonne santé. Lui-même a été bien portant jusqu'à il y a environ trois ans et demi. Depuis il s'enrhume facilement et d'autant plus que, par sa profession, il est exposé aux refroidissements. Il n'a jamais craché de sang. Mais depuis un certain temps, il a maigri, il est cependant encore assez vigoureux en apparence au moins. Il n'a pas de sueurs nocturnes, mais de temps en temps il est sujet à des poussées de fièvre avec malaise gastrique et quelques vomissements. Actuellement il présente dans les deux poumons des signes non douteux de bronchite, râles ronflants et sibilants disséminés dans toute l'étendue de la poitrine, respiration sifflante, etc. Au sommet gauche des signes cavitaires, au sommet droit quelques râles plus fins que dans le reste de la poitrine et qui semblent indiquer la présence de granulations tuberculeuses. L'examen bactériologique des crachats est positif. Bacilles de Koch, quelques pneumocoques, le staphylococcus, des cocci variés, des sarsines et des fibres élastiques, rien ne manque pour affirmer le diagnostic. Le traitement est commencé le 7 *février* de la même façon que chez la fille. Le 13. Il ne présente pas encore de modifications bien appréciables. Le 27, la toux a beaucoup diminué. Les signes cavitaires persistent. Mais on ne perçoit plus de craquements. L'appétit est très bon. Le traitement est continué.

8 *mars*. L'amélioration continue, grâce à des applications répétées de pointes de feu ; les râles de bronchite ont à peu près disparu.

L'examen bactériologique montre une diminution des bacilles. Les staphylocoques et pneumocoques sont moins abondants.

30 *mars*. Le malade va bien. Il ne tousse plus et ne crache plus. Les injections sont encore continuées toutes les semaines.

20 *avril*. L'amélioration se maintient. On entend encore le souffle cavitaire. Mais le malade se considère comme guéri. Injections tous les quinze jours.

22 *mai*. L'état se maintient tel, que le malade s'est cassé le bras il y a quelques jours. Injection toutes les quatre semaines.

En *juin*, *juillet* et *août*, la guérison a persisté malgré le traumatisme.

Observation VI.

M. F..., 20 ans, malade depuis un an et demi. A la suite d'un bain, il a été pris d'hémoptysies très fortes qui ont duré environ trois semaines. Il était alors à Constantinople. Il s'est cependant assez bien remis.

Il est rentré en France et a de nouveau craché du sang au mois de juillet. Il a fait un séjour à la campagne et est rentré à Paris, au mois d'octobre 1895. A partir du 25 de ce mois, moment où j'ai des renseignements un peu précis, il toussait encore, mais relativement peu, la température oscillait entre 37° et 37°,5. Le maximum observé fut 38°. Du 6 novembre au 5 décembre, il s'absente et revient plus malade. La température est au moment de la rentrée 38°,6 le matin, 39°,5 le soir. Au bout de six jours, il y a de nouveau de la défervescence jusqu'au 13 décembre. Il est soigné pendant ce temps par la méthode du Dr Chateaubourg ; du 20 au 24, la température se maintient entre 37°,5 et 38°,2, puis survient une hémoptysie et la température remonte pour se maintenir entre 38°,5 et 39°,5 jusqu'au 13 janvier ; ce jour-là, à la suite d'une grande fatigue, elle a atteint 40°,5, mais est retombée à 39°,5, le lendemain, pour osciller de nouveau entre 38°,5 et 39°,5 jusqu'au 29 janvier. A partir de ce moment, l'ascension recommence et le thermomètre remonte à 40°,2 le soir pour redescendre le matin à 38°,7. Il est vrai qu'on lui fait à ce moment des applications externes de gaïcol dont l'action sur la température est des plus nettes.

Je l'ai vu pour la première fois, le 10 février. Il est dans un état de faiblesse extrême, pâle avec les pommettes colorées, pas très amaigri cependant, les doigts ont l'aspect caractéristique, les ongles sont légèrement cyanosés. La respiration est courte, rapide, 25 par minute. L'auscultation d'ailleurs explique facilement ces phénomènes.

Du côté gauche, matité très accusée dans toute l'étendue du poumon. Bruit de pot fêlé très net au sommet. Les vibrations thoraciques ont partout diminuées. Il y a de la dépression sous-claviculaire et une diminution notable des mouvements du thorax au sommet. A l'auscultation, tous les signes des grandes cavernes : respiration caverneuse, souffle caverneux, souffle amphorique, gargouillement, râles caverneux, râles amphoriques. Voix caverneuse, pectoroloquie aphone. Rien n'y manque. La toux a nettement le caractère caverneux.

Au côté droit, les lésions sont un peu moins avancées, il y a une grande caverne au sommet. Au lobe moyen, râles caverneux. Dans le reste du poumon, signe d'emphysème.

La dyspnée est moyenne. 25 respirations par minute.

L'expectoration abondante. Le cœur bat 110 pulsations par minute. Injection de 5 cc.

Le 21 *janvier*. — L'état est toujours à peu près le même. La température a encore baissé d'un degré pendant les quatre jours qui ont suivi l'injection. Mais le malade tousse toujours beaucoup, les nuits sont un peu meilleures cependant. Le pouls toujours très rapide à 140 ; le cœur s'affaiblit. Il survient un peu d'œdème des jambes. Injection de 10 cc.

Le 31 *janvier*. — Après un abaissement assez marqué de la température pendant quatre ou cinq jours, la courbe a de nouveau monté. L'affaiblissement s'accentue.

L'expectoration très abondante est caractéristique, crachats nummulaires épais mélangés à un liquide filant très abondant. L'examen bactériologique y montre de très nombreux bacilles, des pneumocoques, des streptocoques abondants, des sarsines. La fièvre a les caractères de la fièvre hectique et oscille entre 39° 2 et 37°,5. Pouls = 120. A la demande du père, je fais la première injection de sérum le 17 février.

27 *février*. — Après la cinquième injection, l'état du malade n'est pas sensiblement modifié. La toux est toujours fréquente. La dyspnée un peu moindre. Pouls = 96 — 100.

1er *mars*. — La température a un peu baissée, elle oscille entre 37°,5 et 38°,5. La toux est un peu moins fréquente. L'expectoration est toujours abondante. Le malade mange encore un peu et se lève tous les jours deux heures.

9 *mars*. — Même état. Injection de 2 cc. tous les deux jours.

19 *mars*. Pas d'amélioration sensible. Injection de 5 cc.

21. Sous l'influence de l'injection de 5 cc. la température s'est abaissée à 38° pendant quatre jours ; nouvelle injection de 5 cc.

29. La température qui était remontée à 39,4 le soir du 24, a de nouveau baissé sous l'influence de l'injection. Mais la toux persiste, les phénomènes sthetoscopiques ne sont pas modifiés, le pouls oscille entre 104-112 ; nouvelle injection de 5 cc.

7 *avril*. Pendant la semaine qui vient de s'écouler la température a encore été abaissée par le sérum. Mais il n'y a pas d'amélioration manifeste dans les signes locaux ni génitaux. Le cœur commence à se fatiguer, le pouls devient dépressible. Digitale, 0,20 cent. en poudre de feuilles. Injection de 5 cc.

15 *avril*. Du 7 au 14 la température est restée au-dessous de 38. Mais aujourd'hui elle atteint 39°,6. Le malade est devenu aphone. La toux est un peu moins fréquente depuis cette semaine. Il peut dormir la nuit pendant quatre ou cinq heures sans être réveillé. Injection de 10 cc.

25 *avril*. — Sous l'influence de l'injection, la température est retombée à 38,5 pendant 4 jours, mais elle remonte ensuite. La toux est toujours moindre, mais la dyspnée est plutôt plus prononcée. 30 respirations par minute. L'affaiblissement et l'amaigrissement augmentent. Le malade ne se lève plus. Il accuse d'assez vives douleurs dans les membres inférieurs. Il est toujours aphone. L'examen laryngoscopique montre une parésie assez marquée des cordes vocales qui sont légèrement tuméfiées et rouges. Les injections de sérum sont suspendues. Potion de Tod avec 0,10 cent. de sulfate de spartéine.

24 *mai*. Le malade est mort subitement le matin à 6 heures.

Observation VIII.

Mlle J. B..., 21 ans, institutrice. Malade depuis deux ans. La mère est bien portante. Le père est tuberculeux. La grand' mère a 72 ans et est bien portante. Depuis deux ans la malade tousse. L'année dernière elle a été soignée pour une fistule à l'anus pendant le mois d'août. Au mois de septembre elle a recommencé à tousser et a continué pendant tout l'hiver. Je la vois pour la première fois, le 22 février.

De taille moyenne, de constitution assez robuste, la malade a conservé à peu près son enbonpoint normal. Elle dit avoir seulement maigri de 1 kilog depuis l'année dernière et cela surtout depuis environ un mois parce que elle ne mange que très peu, le traitement par la créosote qu'elle a suivi lui ayant détérioré l'estomac.

La maladie a débuté chez elle par une myasthénie des deux membres inférieurs qui a duré environ trois mois et qui était accompagnée de douleurs thoraciques siégeant surtout dans le dos et du côté gauche de la poitrine et dans les régions sous-claviculaires.

Son caractère n'a pas subi de modifications. Elle est restée gaie.

Depuis quelque temps elle est sujette à la constipation.

Le teint est pâle, les conjonctives palpébrales sont légèrement décolorées. Elle a quelques palpitations surtout en montant les escaliers et en marchant.

Pas de fièvre. La toux est sèche, plutôt quinteuse. L'expectoration visqueuse, mais sans caractères bien nets.

Il n'y a pas d'altération de la voix. La cage thoracique est assez vaste. La palpation ne donne pas de renseignements bien nets sur la diminution de l'élasticité et de la tonicité. La percussion dénote de la submatité aux deux sommets, mais surtout à gauche. De ce côté, elle s'étend jusque vers la sixième côte en arrière et dans le creux axillaire, du côté droit elle ne dépasse pas les limites de la fosse susépineuse. L'inspiration est nettement prolongée dans les régions correspondantes et rude, et il y a aussi des craquements.

Le traitement est commencé le 24 février.

5 *mars*. La malade va déjà mieux, ne tousse presque plus. Cependant les signes physiques, moins les craquements, persistent encore.

25 *mars*. Après la série des dix piqûres journalières l'état est devenu très satisfaisant. Je ne fais plus qu'une piqûre par semaine.

10 *avril*. La malade se plaint de ressentir de nouveau des douleurs du côté du rectum. L'examen révèle en effet la présence d'une petite fistule borgne interne. Autour de l'anus quelques nodules tuberculeux sous-cutanés.

15 *avril*. Ouverture de la fistule au galvano-cautère. Reprise des injections de sérum 1 cc. tous les trois jours.

15 *mai*. La malade va bien, la fistule n'est pas encore tout à fait guérie, mais les nodules tuberculeux périanaux s'effacent. Les piqûres sont continuées.

1er *juin*. La fistule n'étant pas complètement fermée, je pratique une nouvelle cautérisation.

8 *juin*. La malade va mieux. L'état général est bon. Elle se sent seulement un peu affaiblie par le séjour au lit. Les piqûres sont suspendues. Pendant les mois de juillet et d'août la convalescence se continue.

Observation IX.

Mlle G..., 17 ans. Mère bien portante. Père de constitution chétive, tousse depuis longtemps, mais je n'ai pu le voir. La malade, que je vois pour la première fois le 15 juin, tousse depuis deux ans. Deux mois environ avant qu'elle commence à tousser on lui a enlevé, par le curettage des fosses nasales, des végétations adénoïdes. L'aspect général est chétif. Elle est d'ailleurs dans de très mauvaises conditions d'hygiène, dans une loge de concierge sans air et sans lumière.

Elle a tout à fait l'aspect des prédestinés à la tuberculose : membres grêles, chair molle et flasque, attitude apathique, démarche lente. Depuis l'année dernière, elle a considérablement maigri. Pas de douleurs dans les membres ni dans la poitrine. L'appétit est très faible, mais la malade n'a ni diarrhée ni constipation, l'amaigrissement est extrême. Pas de dyspnée, mais la malade s'essoufle facilement. Il y a un retentissement exagéré des bruits du cœur et un souffle systolique à la base. La toux n'est ni très violente ni très fréquente, mais elle est suivie d'expectoration de crachats nummulaires caractéristiques. L'examen bactériologique y révèle la présence de nombreux bacilles de Koch, quelques streptocoques et des sarsines. La voix n'est pas altérée.

La malade présente un peu d'asymétrie faciale, le palais est étroit et en carène, les dents mal rangées. Le nez est étroit et il y a une déviation de la cloison. La poitrine est également étroite. Le squelette en est très nettement apparent, les fosses sous-claviculaires sont très aplaties, matité très nette des deux côtés.

Il y augmentation des vibrations thoraciques dans la région moyenne du poumon gauche. Dans le poumon droit, on entend au sommet des râles caverneux et du gargouillement. De même au sommet gauche. Dans le lobe moyen de ce poumon, il existe une caverne avec tous ses signes, râles caverneux, souffle amphorique, gargouillement, pectoroloquie, etc. Les forces sont très diminuées, il y a des sueurs nocturnes. Le traitement est immédiatement commencé.

Le 30 *juin*. — Il y a déjà une amélioration notable. Les forces se sont bien relevées, la toux est moindre, les crachats moins abondants. Il n'y a plus de sueurs nocturnes. Localement, les râles ont diminué dans toute l'étendue des régions atteintes. Le traitement est continué.

15 *juillet*. — La malade va beaucoup mieux et part à la campagne. J'ai eu de ses nouvelles récemment. Elle ne tousse plus que le matin et a augmenté de sept livres.

* * *

A côté de ces résultats peu nombreux, il est vrai, mais qui puisent surtout leur valeur dans la durée des observations, je vais placer, sous forme de tableau, le résumé des observations publiées récemment par le professeur Maragliano.

Elles comprennent quatre séries subdivisées en quatre sections : A. Phtisie avec cavernes et fièvre. B. Phtisie avec associations microbiennes. C. Phtisies destructives diffuses fébriles. D. Phtisies apyrétiques.

Les chiffres placés en tête de colonnes signifient : 1, nombre des malades. 2, état stationnaire. 3, amélioration. 4, bon résultat ou guérison apparente. 5, résultat nul. 6, mort.

PREMIÈRE SÉRIE.

	1	2	3	4	5	6
A.	31	7	15	»	4	5
B.	12	6	4	»	1	1
C.	126	14	52	49	6	4
D.	11	»	5	6	»	6

DEUXIÈME SÉRIE.

	1	2	3	4	5	6
A.	2	»	»	2	2	»
B.	15	1	10	3	1	»
C.	22	2	12	5	1	2
D.	6	»	2	4	»	»

TROISIÈME SÉRIE.

	1	2	3	4	5	6
A.	9	3	5	»	1	»
B.	2	»	1	1	»	»
C.	24	2	13	3	6	»
D.	11	1	5	5	»	»

QUATRIÈME SÉRIE.

	1	2	3	4	5	6
A.	5	3	1	»	»	1
B.	26	6	8	10	1	1
C.	13	4	3	6	»	»
D.	10	1	4	3	2	»

En résumé, les quatre séries donnent sur 325 malades :

Stationnaires	50
Améliorations	140
Bons résultats.	45
Résultats nuls.	25
Morts	14

On voit de plus que ce sont les phtisies avec associations microbiennes et les phtisies destructives à marche rapide qui donnent les moins bons résultats.

Les observations que j'ai annexées à ce travail amènent aux mêmes conclusions. Mais il n'en demeure pas moins que, dans les formes apyrétiques, même avec cavernes, le sérum parait doué d'une véritable puissance thérapeutique, et qu'on peut dire avec M. Roger que, aux doses conseillées, il n'est point dangereux. Mais quant à ce qui concerne l'efficacité, je crois qu'on peut aller plus loin que lui et dire que le sérum est un des médicaments les plus actifs que nous ayions à notre dispostion pour lutter contre la tuberculose pulmonaire.

Exposition d'Hygiène a Lille. — Une exposition internationale d'hygiène, d'alimentation et d'art industriel aura lieu à Lille, en mars-avril prochain, sous les auspices de la Municipalité, qui a mis le Palais Rameau à la disposition du comité organisateur. Nous publierons prochainement le programme-règlement de cette exposition, dont le secrétariat est etabli, 32, rue Faidherbe.

Déclarations d'Enfants par les médecins. — M. le Dr H. Marais, de Honfleur, signale dans l'*Année Médicale* de Caen un fait véritablement scandaleux. Notre confrère était allé déclarer à la mairie de Honfleur un enfant né de père et mere inconnus. C'était absolument son droit et l'employé n'avait qu'à enregister sans mot dire cette déclaration ; mais celui-ci fit une enquête et arriva à découvrir le nom de la mère qu'il inscrivit sur les registres, modifiant ainsi de sa propre autorité le certificat de naissance. Il nous semble que si la mere ainsi désignée faisait au plumitif un procès en diffamation, elle le gagnerait certainement ; mais ce serait courir après le scandale qu'on voulait éviter avant tout, et c'est sans doute ce qui a encouragé le brave employé de la mairie à commettre cette lâcheté.

CLINIQUE CHIRURGICALE

—

Hernie traumatique du pancréas. Réduction deux jours après. Guérison ;

par PEREIRA-GUIMARAES, professeur à l'Ecole de Médecine de Rio-de-Janeiro, Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris.

Les observations de hernies traumatiques du pancréas sont tellement rares, que je crois utile de publier un fait observé par moi en 1891, qui est une contribution de plus pour l'histoire d'une affection qu'on ne trouve presque pas mentionnée dans les livres classiques.

Observation.

Le nommé Rodolpho Ferreira, âgé de 33 ans, sous-officier du corps d'infanterie de marine, entra à l'hôpital militaire de Rio, le 3 décembre 1891. Attaqué par un de ses camarades, il reçut dans la direction de l'hypochondre gauche, un coup de sabre-baïonnette. Il en résulta une plaie qui intéressait toute l'épaisseur de la paroi abdominale. A travers cette plaie, il s'était produit une hernie que le médecin de garde prit pour de l'épiploon. Il fit un pansement antiseptique et mit le malade à la diète lactée et à l'usage de pilules d'extrait d'opium (1 centigramme chaque).

Le 5 décembre, le Dr A. Corrêa, chirurgien de l'hôpital, leva le pansement et ayant des doutes sur la nature de la tumeur, me fit appeler en consultation. Je vis le malade vers onze heures du matin, c'est-à-dire un peu plus de quarante-huit heures après l'accident, le coup ayant été reçu vers dix heures du matin du 3 décembre.

L'examen du malade me fit constater l'existence d'une plaie légèrement oblique de haut en bas et de dedans en dehors, à 10 cent. à gauche de la ligne blanche et à 8 cent. au-dessus d'une ligne dirigée transversalement de la cicatrice ombilicale en dehors. La plaie avait environ quatre centimètres et livrait passage à une hernie constituée par une tumeur de 5 centimètres de longueur, d'un rouge plutôt sombre que clair, dont la forme conique et un peu aplatie ; l'aspect particulier et une certaine consistance me firent porter le diagnostic : hernie du pancréas, c'est-à-dire de la portion correspondant à l'extrémité coudale de cet organe. Les signes de cette tumeur étaient tellement caractéristiques qu'on ne pourrait pas la confondre avec une hernie intestinale ou épiploïque. L'état du malade était excellent, quoiqu'il se trouvât encore sous l'influence du béribéri à forme œdémateuse, dont il avait été affecté antérieurement. La hernie datait de deux jours, mais la plaie était tellement aseptique et l'organe en si bon état, que j'en fis la réduction, après avoir débridé la plaie en dedans et touché les parties à la solution phéniquée forte.

Je fis la suture au fil de soie avec deux points profonds et cinq points superficiels. Pansement iodoformé. Bandage serré. Pilules d'opium, glace, diète lactée.

Les suites de l'intervention furent très bénignes ; la température oscille entre 37° et 37° 6, excepté le soir de l'opération où elle atteignit 38° 2. Le 7 décembre il y eut quelques coliques qui cédèrent à deux piqûres de morphine (2 centigr.). Le 17, je levai le pansement et coupai tous les points de suture. La plaie était complètement cicatrisée. Le malade resta quelque temps encore à l'hôpital, à cause de sa maladie antérieure, mais il sortit au mois de février 1892, tout à fait guéri.

En terminant, je ferai remarquer que les hernies du pancréas, dont la possibilité était mise en doute, ne peuvent plus être niées actuellement et méritent qu'on en fasse mention, attendu qu'on ne peut pas les considérer comme simple curiosité scientifique. Le pancréas, malgré sa fixité, sa situation profonde et ses rapports avec de nombreux vaisseaux et d'autres organes importants peut donc, malgré tout cela, sortir au travers d'une plaie abdominale, sans lésion d'aucun de ces organes. Dans son article : mésentère, pancréas, rate (*Traité de Chirurgie*, vol. VI), M. Quénu a réuni six observations

de hernies du pancréas. Dans tous ces cas, la partie herniée a été liée avec ou sans résection. Il n'y a eu qu'un mort. J'ai préféré la réduction à la ligature, parce que les conditions de la tumeur étaient excellentes et je comptai aussi avec le bénéfice de l'antisepsie.

G. Greig Smith (*Chirurgie abdominale*. Trad. de MM. les Drs P. Vallin et H. Duret, 1894), dans son article sur la chirurgie du pancréas, ne dit que ces mots au sujet d'une observation de Laborderie.

« On rapporte que Laborderie a excisé avec succès une portion du pancréas qui faisait hernie au travers d'une plaie de la paroi abdominale. Cette observation toutefois a été contestée. »

En somme, si l'on réunit aux observations citées par M. Quénu, celle que je viens de publier, on peut dire que les hernies du pancréas constituent une maladie dont la gravité n'est pas très grande et que la réduction de l'organe doit-être pratiquée toutes les fois où il se présentera dans un état normal et aseptique.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le XIIe Congrès international de Médecine de Moscou.

Nous pourrions ne pas signer cette courte note et dégager ainsi notre responsabilité. Cela n'est pas dans nos habitudes. Mais nous tenons à déclarer que l'article n'est dû en l'espèce qu'au secrétaire de la rédaction de ce journal. Ceci dit, une fois pour toutes, voyons de quoi il s'agit.

L'organisation du XIIe Congrès international de Médecine de Moscou ne marche pas toute seule. Nous avons raconté, il y a quelques mois, les ennuis éprouvés par le Secrétariat Général en ce qui concerne la langue officielle à adopter et les langues européennes exclues du Congrès, de même que les difficultés qui sont survenues à ce propos et en particulier les protestations des Anglais et des Américains. Nous avons signalé aussi la suppression de certaines spécialités dans la constitution des sections : ce qui a entraîné des notes nombreuses et peu sympathiques en général dans la presse médicale allemande, qui ne paraît pas porter dans son sein un grand amour pour le futur Congrès !

Enfin, nous avons insisté, à diverses reprises, auprès de plusieurs de nos collègues, sur la fameuse question juive, soulevée par le Comité national allemand. Jusqu'à présent, nous n'avions rien voulu publier à ce dernier sujet, pour des raisons de convenance que chacun comprendra. Mais aujourd'hui que plusieurs de nos confrères ont parlé, entre autres la *Médecine moderne* et la *Presse médicale*, nous ne nous croyons plus obligé à la même réserve. Aussi bien tenons-nous les renseignements que nous possédons, non pas du Comité international de Moscou, mais bien des correspondants spéciaux à l'Institut de Bibliographie que nous avons l'honneur de diriger.

Sous le titre : « *Passeports pour les médecins israélites* », la *Presse médicale* a publié récemment l'entrefilet suivant : « Etant donné qu'un grand nombre de médecins et de professeurs allemands, et non des moins distingués, appartiennent à la religion israélite, M. le Pr Virchow (président de l'*Association de la Presse médicale allemande*), avait décidé que le Comité local allemand du Congrès international ne commencerait à fonctionner que lorsque la question de l'autorisation pour les médecins juifs étrangers de séjourner en Russie serait résolue par l'affirmative. Il est juste de dire, ainsi que nous avons pu l'apprendre d'une source officieuse, que le Comité d'organisation du XIIe Congrès s'occupait déjà depuis longtemps de la question des passeports pour les médecins étrangers israélites et espérait aboutir à la solution désirée ».

Or, la *Münchener Medicinische Wochenschrift* vient de recevoir, dit la *Médecine moderne*, de Saint-Pétersbourg, un télégramme de M. Virchow ainsi conçu : « Tous les consuls russes sont autorisés à viser les passeports de tous les médecins, qu'ils appartiennent à la religion chrétienne ou juive, qui exprimeront le désir de venir à Moscou, pour prendre part aux travaux du Congrès international de 1897. »

Nous nous permettrons de le faire remarquer à la *Médecine moderne*, premier journal français qui ait cru bon de soulever ce lièvre : il y a longtemps déjà que cette décision a été prise en Russie. Pour nous, nous en avons été informé il y a déjà plusieurs mois, non pas par le Comité russe, mais par l'un de nos collaborateurs. Mais il est exact que ces jours derniers on nous a adressé au journal la note suivante :

XIIe
CONGRÈS INTERNATIONAL
DE MÉDECINE
Moscou du 19 au 26 août 1897.

Comité exécutif.

MOSCOU.

En réponse aux nombreuses demandes qui lui ont été adressées au sujet des conditions dans lesquelles les israélites peuvent prendre part au XIIe Congrès International de Médecine, le Comité exécutif s'empresse d'informer les intéressés que le Ministère de l'Intérieur, d'accord avec son Altesse Impériale, Mgr le Grand-Duc Serge Alexandrovitch, a jugé possible d'autoriser l'arrivée à Moscou, pour le Congrès, des savants israélites étrangers aux mêmes conditions que les autres étrangers. Ils devront donc, de même que ces derniers, faire viser leurs passeports par le consul russe de leur résidence. Des ordres en conséquence ont été donnés par le Ministère des Affaires étrangères aux Consuls et aux Missions russes à l'étranger, que les passeports de toutes les personnes, se rendant au XIIe Congrès International de Moscou, doivent être visés sans aucune différence au point de vue de leurs religions.

M. le Président, Pr I. Klein. — *M. le Secrétaire*. Pr P. Diakonow.

D'un autre côté, la *Médecine moderne*, toujours bien informée, a annoncé ces jours derniers la démission de M. le Dr Erismann, professeur de la Faculté de Médecine de Moscou. Et M. Erismann, secrétaire général du XIIe Congrès international, abandonne ses fonctions de professeur et retourne dans son pays natal, la Suisse. « Cette nouvelle, ajoute avec raison la *Presse médicale*, a causé une vive émotion dans le monde scientifique russe, car M. Erismann est un des hommes de science les plus distingués, qui a consacré les meilleures années de sa vie au service de sa patrie adoptive ; aussi, était-il très aimé en Russie. La nouvelle de son départ a été accueillie avec un vif regret par tous ses collègues, amis et élèves. »

On avouera qu'en effet la nouvelle est très grave. Ce départ est-il spontané ou a-t-il été rendu obligatoire par des circonstances encore inconnues ? Le Secrétariat Général du Congrès de Moscou en tout cas a dû passer en d'autres mains, dans celles de M. Diakonow.

Au dire de la *Médecine moderne*, M. Erismann était un des meilleurs conseillers de la ville de Moscou. Aucune mesure sanitaire concernant cette belle cité n'était prise sans qu'on ait pris l'avis de cet éminent praticien, fondateur de la Société d'Hygiène de Moscou. La Société des médecins de Koursk a déjà envoyé à M. Erismann l'expression de ses profonds regrets, et notre confrère ajoute encore qu'il est probable que d'autres Sociétés imiteront cet exemple. Nous enregistrons ces faits avec plaisir ; mais, pour nous, nous préférerions savoir pour quelles raisons le Secrétaire Général du Comité d'organisation du XIIe Congrès international de Moscou vient de quitter son pays d'adoption. La *Médecine moderne*, très au courant de tout ce qui concerne les choses médicales en Russie, nous fournira avant peu, certainement, la réponse à cette question. Nous nous empresserons, vu son intérêt, de la communiquer à nos lecteurs.

Marcel Baudouin.

Cinquantenaire de l'Anesthésie.

Le Secrétaire général de l'Association de la Presse médicale française, sous le titre : *la Fête du Cinquantenaire de l'Anesthésie*, a envoyé, ces jours-ci, aux membres de cette Société la circulaire suivante :

Par suite de l'impossibilité absolue d'organiser pour le 16 octobre, date précise de la découverte, la cérémonie du Cinquantenaire de l'Anesthésie, en raison des vacances et plus particulièrement des fêtes données en l'honneur du Czar, la Commission, dans sa dernière réunion, a décidé de la reculer au lundi gras. — Un avis ultérieur, qui paraîtra sous peu, donnera des détails circonstanciés sur le programme adopté définitivement.

Il n'est pas besoin d'ajouter que nous reviendrons plus tard sur ce sujet. Bornons-nous, pour l'instant, à rappeler que plusieurs journaux étrangers consacrent dès maintenant des numeros spéciaux à ce Cinquantenaire. C'est ainsi que *The Practionner* vient de réserver complètement son numéro d'octobre à une série de très intéressants mémoires sur cette question qui passionne, à bon droit, les Américains, pays où a eu lieu la découverte de l'anesthésie générale, et les Anglais, qui revendiquent avec raison l'inventeur du chloroforme chirurgical. Tous ces travaux seront analysés dans l'historique de l'anesthésie, sorte d'éloge qui sera prononcé, lors de la fête à la Sorbonne, par le Secrétaire de la Commission du Cinquantenaire.

M. B.

Hospices civils de Caen. — Un concours pour trois places d'internes en médecine aura lieu le 9 novembre 1896, à l'Hotel-Dieu de Caen, à 9 heures du matin. Pour prendre part au concours les élèves devront justifier de *huit inscriptions*, quelle que soit, d'ailleurs, la Faculté ou l'Ecole de Médecine de l'Université de France à laquelle ils appartiennent, et *être autorisés* à concourir par la Commission des Hospices. Cette autorisation leur sera donnée sur la production des pièces suivantes : extrait de naissance, certificat constatant le nombre des inscriptions prises, notes de scolarité, certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire de leur résidence. *Ces pièces devront être adressées au Secrétariat des Hospices, rue Saint-Louis, à Caen, avant le 1er novembre prochain. Passé ce délai, toute inscription sera rigoureusement refusée.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Imputrescibilité du sang rendu incoagulable par l'extrait de sangsue.

MM. Bosc et Delezeune ont recherché les causes de l'imputrescibilité du sang de chien auquel on a fait une injection intra-veineuse d'extrait de têtes de sangsues. On sait que le sang aspiré par une sangsue ne se coagule pas; ce phénomène, découvert par Haycraft, est dû à l'action d'un ferment soluble secrété par les glandes pharyngiennes. On peut extraire ce ferment de têtes de sangsues qu'on met durcir dans l'alcool et qu'on laisse ensuite macérer dans l'eau. La solution ainsi préparée, injectée dans les veines d'un chien ou même simplement mélangée au sang sorti des vaisseaux, empêche la coagulation du sang. En outre, ce sang peut se conserver pendant longtemps sans se putréfier (Ledoux). Cette parfaite conservation du sang n'est pas due à une action antiseptique directe de l'extrait de sangsue, mais à des modifications du sang produites par cet extrait. Ce sont les globules blancs dont la vitalité, les mouvements amiboïdes et le pouvoir phagocytaire sont considérablement augmentés. En outre, le pouvoir bactéricide est très énergique. En augmentant ainsi les moyens de défense de l'organisme, l'injection d'extrait de sangsue devait ainsi augmenter l'immunité des animaux contre les infections expérimentales. C'est ce que MM. Bosc et Delezeune ont constaté pour l'infection coli-bacillaire et streptococcique. D'après ces auteurs, la peptone qui a aussi la propriété de rendre le sang incoagulable, confère aussi aux animaux une véritable immunité contre les infections expérimentales.

Sur la présence de la propriété agglutinante dans le plasma sanguin et divers liquides de l'organisme.

Depuis quelque temps, on a beaucoup étudié une des manifestations de la propriété bactéricide que le sérum acquiert dans certaines infections, à savoir, le pouvoir que possède ce sérum d'agglutiner les microbes. D'après certains auteurs, ce pouvoir lui viendrait exclusivement des leucocytes qui le lui communiqueraient en exsudant leur contenu pendant la coagulation du sang.

MM. Achard et Bensaude, en étudiant la propriété agglutinante du sang de l'homme au cours de la fièvre typhoïde, viennent de démontrer que cette théorie est fausse, et que cette propriété appartient exclusivement au plasma, sans aucune intervention des globules blancs. Leur démonstration repose sur une expérience cruciale. Le plasma privé de tout élément figuré par dépôt des globules ou par centrifugation, possède le pouvoir agglutinant au même degré que le plasma, très riche en leucocytes. Inversement, le plasma très riche en globules blancs, qui reste dans le tampon d'ouate après la filtration, ne possède pas la réaction agglutinante. Pourtant les leucocytes sont bien vivants, ce dont on s'assure en leur faisant absorber des grains de carmin. La propriété agglutinante existant dans le plasma, son passage dans les différentes humeurs doit être intimement rattaché aux phénomènes de diffusion à travers les membranes vivantes. C'est ce qui explique pourquoi la sérosité de l'œdème et l'humeur aqueuse où les matières albuminoïdes du plasma ne diffusent qu'en faible proportion, ne possèdent pas cette propriété agglutinante.

ACADÉMIE DE MEDECINE.

Séance du 6 octobre. — Présidence de M. Hervieux.

L'arrivée du Tzar a, comme il était facile de le prévoir, fait grand tort à la séance de l'Académie. L'assistance était plus que clairsemée. Les communications auraient même fait totalement défaut, si M. Lédé, continuant ses études sur la protection de l'enfance, n'avait donné lecture d'une note sur la puériculture. Nous reviendrons sur cette note, qui fera l'objet d'un rapport ultérieur.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 1er octobre 1896. — PRÉSIDENCE DE M. A. LEFÈVRE.

M. LEFÈVRE rappelle les nombreux travaux de M. LAGNEAU dont on a eu à déplorer la perte pendant ces vacances. Il fut un des plus anciens collaborateurs de la Société et un des plus actifs.

M. CAPITAN montre des *silex* et quelques *ossements animaux provenant de Laugerie.* Les silex sont chelléens et moustériens. Une discussion très vive s'engage; les uns voient un mélange de paléolithique et de néolithique, opinion vivement combattue par les préhistoriciens les plus compétents.

D'après un travail de M. MATIGNON, rien n'est plus fréquent que les *taches nœviques chez les jeunes Chinois.* Ces taches siègent chez les nouveau-nés sur la peau des fesses. Elles sont brunâtres, ne sont bien visibles que suivant une certaine incidence. Leur grandeur est des plus variables, d'une pièce de vingt centimes à la grandeur des deux paumes de la main. Il n'y a pas de troubles de sensibilité dans leur étendue. Elles sont brunâtres. Elles disparaissent au bout de peu d'années, vers 3 à 5 ans. C'est un stigmate congénital de la race jaune, car on les retrouve chez les Indo-Chinois.

M. HERVÉ rappelle que les *appendices caudaux* sont également relativement fréquents dans la race jaune. On les observe aussi, quoique plus exceptionnels, dans la race blanche. On rappelle à ce sujet la dépression infundibuliforme de la peau à la pointe du coccyx, si fréquente, qui devient souvent le point de départ d'abcès, et à ce titre a fait le sujet de travaux de la part des chirurgiens. Félix REGNAULT.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE.

CLERMONT-FERRAND (28 *septembre* 1896).

Un séjour à Madère et aux Canaries.

M. le Dr Paul RAUGÉ. — M. Raugé fait le récit d'un séjour à Madère et aux Canaries pendant les mois de février et mars 1895. Après avoir rapidement esquissé le côté pittoresque et géographique de son voyage, M. Raugé rend compte avec détails de ses impressions climatologiques et des observations qu'il a pu faire à cet égard dans les îles de l'Atlantique. Ce qu'on exige d'un climat d'hivernage, c'est d'être à la fois constant et tempéré, c'est-à-dire de ne présenter que de faibles oscillations, et que ces oscillations s'accomplissent dans une région de l'échelle thermométrique aussi favorable que possible au bien-être et à la santé des malades.

Or, les tables de températures recueillies pendant des années à l'observatoire de Funchal ont démontré depuis longtemps que Madère répond d'une façon idéale à cette double exigence. La température moyenne de l'année est en chiffres ronds de 19°, celle de l'hiver de 17°, celle de l'été de 22°. Entre une journée moyenne de février, qui est le mois le plus froid de l'année (15°) et une journée d'août qui est le mois le plus chaud (22°) la différence n'est que de 7° : cette différence s'établit d'ailleurs d'une façon si progressive qu'entre un mois et le mois suivant on ne constate quelquefois qu'un écart de quelques dixièmes, en tout cas jamais plus de 2°. Quant aux oscillations journalières, leur moyenne ne dépasse guère 5° et cela en toute saison et pour tous les jours de l'année. Mais ces indications, basées sur des moyennes, ne donnent sur la valeur d'un climat que des documents incomplets. M. Raugé ne s'est pas contenté de cette méthode officielle qui se borne à enregistrer les différences saisonnières et les écarts quotidiens entre le maximum et le minimum des 24 heures. Ce procédé de notation ne nous renseigne que sur les deux modalités d'oscillations termométriques qu'on peut appeler régulières et qui sont périodiquement produites l'une par la rotation diurne de la terre (oscillations journalières), l'autre par son mouvement de translation annuelle (oscillations saisonnières). Or, à côté de ces variations périodiques, il en est d'autres qui dépendent de conditions accidentelles et qui, cependant, jouent un très grand rôle dans l'hygiène de l'hivernant : ce sont les changements de température qui se produisent d'une journée à l'autre, ou d'un moment à l'autre de la journée sous l'influence passagère de circonstances éminemment variables et impossibles à préciser. (Pluie, vent, nuages, changements de localité ou d'altitude, différences d'exposition.)

Ces variations si importantes, parce qu'elles sont imprévues et subites, ne se trouvent pas dans les tables thermométriques et ne sont, en effet, pas enregistrables : il faudrait, pour en tenir compte, représenter la température des 24 heures sous forme d'une courbe continue. Pour s'édifier sur ce point, M. Raugé a suivi pour ainsi dire heure par heure les indications d'un thermomètre qu'il portait constamment avec lui. Il a pu constater de la sorte que les circonstances précédentes n'exercent sur la courbe thermique qu'une action insignifiante. La forme journalière de cette courbe est d'une régularité remarquable et il l'a vue se reproduire pendant tous les jours du mois de février, sous un aspect à peu près identique sans qu'elle se laissât influencer par les incidents atmosphériques.

A partir de 5 ou 6 heures du matin, où se place généralement le minimum, la température s'élève peu à peu jusqu'à 9 ou 10 heures ; elle reste dès lors à peu près immuable (18° à 20°) jusqu'à 7 ou 8 heures du soir pour s'abaisser lentement pendant la nuit jusqu'au minimum du lendemain. Les résultats que l'auteur a recueillis en différents points de l'archipel des Canaries, notamment à Las Palmas (Grande Canarie), à Santa-Cruz et à Orotava (Ténériffle), sont sensiblement moins favorables : non seulement les écarts journaliers atteignent 7° ou 8°, mais on n'observe fréquemment des différences presque subites et qui peuvent atteindre 3° ou 4°, sous l'influence par exemple d'une pluie passagère ou d'un changement d'orientation.

REVUE D'OPOTHÉRAPIE

III. — **Relazione sul siero Maragliano nella cura delle Tuberculosi pulmonare.** (Le sérum Maragliano dans le traitement de la phtisie pulmonaire. Observations cliniques faites à l'hôpital de Sainte-Marie-de-la-Paix, S. M. della Pace); par le Pr Adolphe FASANO. — Brochure extraite des *Archivio Internazionale di Medicina e Chirurgia,* 1896, XII, fasc. VII, juillet, 51 p.

III. — Le sérum de M. Maragliano a été employé dans le traitement de la phtisie pulmonaire chez un certain nombre de malades de l'hôpital de Sainte-Marie-de-la-Paix. Tous ces malades ont été suivis et surveillés chaque jour par l'auteur ; trois seulement se présentèrent à ses soins, dans un état tellement grave, qu'aucun traitement n'était possible. Toutes les formes de phtisie ont été mises à l'étude, et, à l'admission du malade, on procédait ainsi qu'il suit : chacun d'eux était placé en observation quatre à huit jours ; le poids du corps et la force dynamométrique étaient mesurés ; ses expectorations étaient l'objet d'une première analyse. La température était prise trois fois par jour et chaque malade était l'objet d'un bulletin journalier donnant la date du jour de l'opération, les trois températures relevées journellement, les respirations, le pouls, la quantité d'expectorations tous les six jours, l'examen bactériologique répété deux ou trois fois dans le cours du traitement, l'analyse de l'urine avant le traitement et à son début, la mesure dynamométrique prise tous les huit jours, les indices pneumométrique et spirométrique tous les sept jours (pour six malades seulement), la quantité de sérum injectée, l'heure et le jour de l'injection, les observations relatives au sérum et au malade, le poids du corps lors de l'admission, six jours après le commencement du traitement et tous les huit jours.

Dans la méthode de traitement, il a été tenu rigoureusement compte des indications de M. le Dr Maragliano pour la diététique, les doses et les jours d'injection. Parmi les malades soumis au traitement, un seul se trouvait véritablement à la phase initiale ; quant aux autres, pour la plupart, ils présentaient des infiltrations plus ou moins étendues et des cavernes. Sur les quinze malades en observation, sept seulement ont eu une longue période de traitement, trois ont suivi ce traitement en partie, cinq ont eu un traitement très court, et, comme ils sont sortis volontairement de l'hôpital, on a perdu leur trace. L'auteur ne relate donc en détail que dix cas, pour lesquels il fournit chaque fois l'observation complète. Sur ces dix malades, deux avaient une broncho-pneumonie à son début, circonscrite ; deux une broncho-pneumonie étendue ; un une phtisie à forme disséminée, deux une broncho-pneumonie destructive,

diffuse et fébrile, avec association microbienne ; trois une broncho-pneumonie destructive ; un fut complètement guéri ; cinq sensiblement rétablis, dont un mourut quelques mois après par suite d'influenza ; deux rétablis ; un vit son état s'aggraver et mourut hors de l'hôpital pour une cause indépendante du sérum, dont il avait à peine reçu dix injections ; un mourut à l'hôpital un mois après la suspension du traitement par le sérum, il en avait reçu à peine six injections, car on ne put en prolonger l'emploi à cause d'une hémoptysie grave qui était survenue et qui causa la mort.

Ces observations cliniques ont conduit l'auteur aux conclusions suivantes : 1° le sérum est absolument inoffensif et ne provoque pas de lésions des organes rénales ; 2° chez quelques sujets il y a quelques manifestations cutanées ; mais elles disparaissent rapidement ; parfois il se produit des engorgements des ganglions voisins du lieu de l'injection ; ce qu'on évite par une antisepsie rigoureuse au cours de l'opération ; 4° le sérum a certainement un pouvoir antithermique qui varie avec la température et la dose de sérum injectée. Plus la température est basse, plus la dose doit être faible. Dans ses expériences, l'auteur a constaté que jusqu'à 37°,5 la dose est de 1/2 cc. tous les deux jours et de 1 cc. entre 37°,5 et 38°,5. En augmentant la dose de sérum, une élévation thermique suit l'injection et dure quelques jours. Cette élévation disparaît quand on suspend les injections. Quand la température est plus élevée, il faut augmenter la dose et on obtient un abaissement thermique avec 5 cc., mais la fièvre ne disparaît totalement que de la 25e à la 40e injection, suivant les individus ; 5° le sérum diminue les actes respiratoires et la fréquence du pouls, car il peut déterminer une action modératrice sur certains centres nerveux ; 6° il augmente le poids du corps, la force dynamométrique et l'appétit à partir de la première injection. L'augmentation de poids est due en grande partie à l'action du sérum, soit qu'elle ait été constatée chez des malades constamment souffrants de la fièvre, soit qu'elle l'ait été sur des malades aisés de la clinique privée de l'auteur ; 7° il augmente le pouvoir respiratoire et diminue constamment les sueurs, jusqu'à leur disparition totale dans certains cas ; 8° la modification directe des bacilles se fait lentement dans les expectorations ; dans les cas à forme pure, c'est-à-dire sans association de microbes, la disparition et la diminution des bacilles est plus prompte, et, quand elles se produisent, elles se maintiennent constantes ; elles sont en rapport, non pas avec la quantité de sérum injecté, mais avec la persistance du traitement ; 9° la quantité journalière d'expectorations diminue constamment ; 10° dans les formes où les râles dominent, il y a dessèchement du foyer broncho-pneumonique jusqu'à sa disparition ; 11° le sérum peut être considéré comme un remède du processus local symptomatique dans les formes étendues avec fusion, cavernes et haute température ou comme un curatif dans les formes limitées et initiales.

Le sérum est donc un remède que tout médecin devrait employer, surtout dans les cas commençants, où le résultat est des plus sûrs, car il restreint la propagation de la maladie et le nombre de ses victimes.

ASSISTANCE PUBLIQUE

De l'Hygiène des infirmiers et infirmières et en particulier de leurs logements ;

par **BOURNEVILLE.**

Sur ce sujet très intéressant, que nous avons déjà abordé maintes fois, nous croyons utile de reproduire quelques passages des discours que nous avons prononcés aux distributions de prix des Écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières, au mois de juillet dernier.

Discours prononcé à Bicêtre le 7 juillet 1896.

. . . .

Dans le but d'assurer le bon fonctionnement des services, il importe que vous-mêmes vous jouissiez d'une bonne santé ; que, venus ici sains et vigoureux, les mesures soient prises pour vous maintenir dans cet état et vous préserver des maladies évitables.

Dans cette voie, il convient en premier lieu de se conformer à la circulaire de M. Peyron, adressée en 1891 aux directeurs des établissements, relative à la *revaccination* (1). Si dans certains hôpitaux, comme Lariboisière, on soumet tous les infirmiers et toutes les infirmières à la revaccination dans la semaine de leur entrée, il n'en est pas de même partout.

Ici, nous procédons à la revaccination plusieurs fois par an, dès que nous avons une quinzaine de malades nouveaux. Nous faisons venir à ces séances quelques infirmiers et infirmières, nous les engageons à se soumettre à la revaccination. Le nombre de ceux et de celles qui consentent est toujours très limité, douze en 1895 et onze en 1896. Nous n'avons pas de renseignements précis sur ce qui se fait à la Salpêtrière. « A chaque séance, nous a écrit M. Le Bas, le vaccinateur nous donne le chiffre des opérations, sans distinguer le personnel des pensionnaires ». A l'hôpital de la Pitié, il y a eu dans le personnel secondaire, 26 revaccinations en 1895, et 10 durant le premier semestre de 1896.

Ces faits montrent la nécessité de régulariser le *service des revaccinations des infirmiers et infirmières* qui paraît quelque peu incohérent : bien ici, insuffisant ailleurs. Nous demandons que tous les infirmiers ou infirmières entrants soient revaccinés dans le mois de leur admission à moins qu'ils ne présentent un certificat de revaccination ne remontant pas à plus de 5 ou 6 années (2). Nous demandons que tous les infirmiers, infirmières, sous-employés dont la revaccination remonte à plus de 5 ou 6 ans soient revaccinés. Nous demandons enfin qu'il soit délivré à chaque agent revacciné un certificat de revaccination avec ses résultats.

Vous devez veiller soigneusement à votre *hygiène personnelle*. Et, dans ce but, il faudrait que l'Administration donne des ordres pour que vous preniez au moins un grand *bain* par semaine. Nous avons introduit cette pratique dans notre service. Il devrait en être de même partout et même dans les services de chirurgie les bains devraient être plus fréquents.

L'*habillement* des hommes exige une modification. Il y a deux ans nous en avons déjà parlé. « L'Administration, disions-nous, donne aux infirmiers, été comme hiver, des vêtements de gros drap, épais et lourds, qui constituent pour eux, pendant la saison chaude, un véritable supplice (3) ». Rien ne nous paraît plus simple de satisfaire sur ce point à vos modestes réclamations. Il suffirait que l'Administration vous fournisse des gilets et des paletots de coutil ou de toile. Elle pourrait s'enquérir sur ce point de ce qui se fait dans les asiles d'aliénés. Quant aux modèles à choisir, c'est l'affaire de ses artistes du Magasin central.

Nous avons voulu revoir les *logements* affectés aux infirmiers et aux infirmières de cette maison. Si, dans notre service, nous avons pu faire accorder à chacun d'eux une *chambre particulière*, la situation est restée la même dans l'hospice proprement dit. Notre honorable président faisant allusion l'an dernier à nos réclamations relativement à la suppression des dortoirs, disait que l'Administration ne manquerait pas de « réaliser ce progrès dans toutes les constructions nouvelles. »

(1) 11 février 1891.

(2) La limite est à déterminer ; elle doit être abrégée en temps d'épidémie ou pour le personnel qui entre dans un service de varioleux.

(3) *Palmarès de* 1893-94, p. 42-43.

Prenant acte de cette promesse, nous avons demandé, en attendant la généralisation de la réforme, que l'on prit les mesures nécessaires pour ne pas astreindre les infirmiers, mariés à des infirmières, à coucher dans leurs dortoirs respectifs et qu'on leur donnât des chambres. Il y a là, ajoutions-nous, une petite réforme facile à réaliser et qui serait accueillie avec plaisir (1). »

En visitant les deux dortoirs des infirmières nous avons appris que quelques-unes seulement y couchaient ; qu'une vingtaine d'entre elles, mariées, ne venaient à ces dortoirs que pour se laver et le soir changer une partie de leurs vêtements parce qu'elles couchaient au-dehors. En effet, M. Pinon — et faute de mieux on ne peut que l'en féliciter — autorise les infirmières mariées à des infirmiers à se réunir, mais cette liberté leur est onéreuse puisqu'ils sont obligés de louer à leurs frais des chambres au-dehors alors que le logement leur est dû. Ils ont à prélever sur leurs modiques appointements, une somme variant de 100 à 170 francs suivant le hasard des locations. Quant à leurs dortoirs, ils sont misérables, mal éclairés, rarement nettoyés, insuffisamment meublés, dépourvus d'eau, de lavabos, etc.

Les quatre dortoirs des hommes qui se succèdent au-dessus du vestibule de la Bibliothèque où nous sommes réunis et au-dessous des salles Feuchères sont encore en pire état. Le chauffage et l'éclairage sont rudimentaires. Des années et des années se sont écoulées depuis que les murs ont été peints. Un administré, chargé de la salubrité, ne nettoie pas ou nettoie fort mal ces dortoirs. Ni mobilier convenable, ni eau, ni lavabos, ni cabinets d'aisances. Le cube d'air n'est pas réglementaire. Nous n'insisterons pas sur bien d'autres inconvénients. Peut-être ailleurs, synthétiserons-nous tous nos renseignements.

Si nous traçons cette description, c'est afin d'appeler l'attention de tous sur une situation déplorable qui nuit au *recrutement du personnel*, contribue au développement des maladies parmi ceux qui le composent, comme si l'Administration n'avait pas déjà assez de malades du dehors ! C'est afin de fournir à l'Administration des arguments de fait pour obtenir du Conseil municipal d'abord une augmentation de ses crédits d'entretien dans le but de pallier aux inconvénients que nous venons d'énumérer et, plus tard, les crédits nécessaires pour aménager des logements convenables, construire des pavillons spéciaux, répondant aux conditions exigées par l'hygiène que nous reprenons notre enquête.

Discours prononcé à Lariboisière le 24 juillet 1896.

. . . .

Nous avons la coutume de profiter des cérémonies comme celle-ci pour formuler devant les membres du Conseil municipal et les représentants de l'Administration les réformes qui nous semblent indispensables afin d'assurer un bon recrutement du personnel secondaire des hôpitaux et, partant, d'avoir des surveillantes, des infirmiers et des infirmières habiles, connaissant leur métier et capables de mieux soigner les malades. Nous avons, entre autres, insisté sur la nécessité de transformer d'une façon radicale les *logements* qui lui sont affectés. L'autre jour, à Bicêtre, nous sommes revenu sur cette question et nous avons eu la bonne fortune de visiter les dortoirs des infirmiers avec M. Derouin, secrétaire général, qui était venu présider la distribution des prix. Nous avons poursuivi la même enquête à Lariboisière et comme les faits précis nous paraissent de nature à apporter la conviction dans tous les esprits, nous avons demandé à M. Montreuil de bien vouloir nous faire prendre le cube des dortoirs afin de pouvoir le mettre en regard du nombre des lits et d'en tirer des déductions irréfutables.

	Cube.	Lits.
Dortoirs des infirmiers.		
Dortoirs des veilleurs	160 95	14
Dortoirs de cuisine	57 75	8
Grand dortoir	356 40	22
Moyen dortoir	286 83	17
Dortoir de la salubrité	174 60	11
Chambre des brancardiers	20 47	2
Chambre de l'allumeur	15 45	1
Dortoirs des infirmières.		
Bâtiment de la lingerie.		
Dortoir des veilleuses	169 74	14
Dortoirs des infirmières	169 11	13
Bâtiment de la maternité.		
Dortoir des infirmières	230 46	19
Dortoir des filles de la Maternité	180 12	16
Chambres de 1res filles (5)	37 32	2
Bâtiments des malades, anciens vestiaires, 1er étage.		
Chambres de 1res filles (3)	36 75	2
Bâtiments des malades, anciens vestiaires, 2e étage.		
Chambres de 1res filles (3)	31 85	2

Les chiffres ont leur éloquence pour les hommes de science, pour les hygiénistes et même les architectes. Mais ils ne donnent pas une idée vraie de ces dortoirs. Les corridors d'accès, les murs, les portes, les fenêtres, tout cela est mal nettoyé, dégoûtant. On se demande à quelle époque il y a eu là un nettoyage sérieux. Quant à la réfection des peintures, c'est comme à Bicêtre, cela remonte peut-être à la fondation de l'hôpital. A Lariboisière non plus, il n'y a pas de lavabos, pas de cabinets d'aisances à proximité. La literie est généralement le rebut de l'hôpital. L'encombrement de ces dortoirs et de leurs annexes par des malles de dimensions et de formes les plus diverses, par les coffres à charbons, par les objets qui sont censés servir au nettoyage, diminuent encore le cube d'air dont disposent les infortunés condamnés à coucher dans ces fabriques de malades et de tuberculeux. Les lits sont disposés de toutes les façons, perpendiculairement et longitudinalement afin d'en mettre tant qu'on peut. Parfois ils sont contigus, pour faciliter sans doute... les conversations. Tel est en gros la description que nous appellerons anatomique, c'est-à-dire des dortoirs *inhabités*. Quant à la description physiologique, c'est-à-dire des dortoirs *habités*, pour continuer notre comparaison, nous renonçons à la tracer : les détails que nous aurions à donner ne sont pas de mise aujourd'hui. Nous nous bornerons à dire que l'un des dortoirs est occupé d'une façon

(1) *Palmarès de* 1895-96, p. 47.

permanente : la *nuit* par les infirmiers de jour, le *jour* par les infirmiers de nuit ou veilleurs.

L'une des causes de cet encombrement inouï et si affreusement malsain provient de ce fait que cet hôpital renferme maintenant une *population* beaucoup plus considérable que celle pour laquelle il a été construit. Quoi qu'il en soit, des mesures, dont l'urgence s'impose, sont absolument nécessaires pour y remédier. Faut-il construire un pavillon spécial pour le personnel, avec chambres séparées ? Faut-il laisser loger au dehors, moyennant indemnité, une partie des premières infirmières, des infirmiers et infirmières ? C'est ce que l'Administration et ses Conseils auront à examiner.

Discours prononcé à la Pitié le 25 juillet 1896.

. . . .

1° Les *garde-malades* qui, comprenant la nécessité d'avoir une instruction professionnelle sérieuse, suivent les cours des écoles d'infirmières, s'accroissent d'année en année. Les médecins qui ont recours à elles s'enquièrent de plus en plus de leurs connaissances et ont recours de préférence à celles qui ont obtenu leur diplôme. Afin de leur venir en aide, nous avons demandé qu'il fût établi, ici, un *registre* sur lequel elles pourraient inscrire leur nom et leur adresse. De cette façon, lorsque des demandes de la Ville se produisent, le bureau de l'hôpital peut y répondre et procurer du travail à nos anciennes élèves. Ce *registre* existe. Il a déjà permis de rendre des services. Trois des garde-malades diplômées, inscrites, ont été occupées, par les soins du bureau, pendant toute l'année. Nous le signalons de nouveau à l'attention de toutes nos garde-malades. Nous demandons l'ouverture d'un *registre* analogue à Lariboisière. Chacun de ces registres devrait recevoir les noms et les adresses des garde-malades, non pas seulement de l'école correspondante, mais de toutes. Lorsque le nombre des inscriptions sera suffisamment grand, nous prierons M. Peyron d'en faire déposer une copie dans les autres hôpitaux. Comme il importe que les élèves de nos écoles nous fassent honneur, nous ne saurions trop les encourager à solliciter l'autorisation de suivre, dans l'intervalle de leurs gardes, la visite de l'un des médecins ou de l'un des chirurgiens de l'hôpital le plus voisin de leur demeure. Nous ne doutons pas que les chefs de service n'accordent aisément cette autorisation puisqu'elle a pour but l'intérêt des malades, leur souci constant, et que parmi ces infirmières bénévoles, ils pourront choisir eux-mêmes avec plus de garantie des auxiliaires convenables et instruites pour leur clientèle.

3° Bien des fois nous avons dénoncé l'insalubrité des *logements des infirmiers et des infirmières* de la Pitié. Nous y sommes revenu longuement l'an dernier. Nous y revenons encore aujourd'hui.

Les *dortoirs des infirmières*, disséminés dans toutes les parties de l'établissement, sont mal installés, sans eau, sans cabinets.

Les *infirmiers de jour* sont répartis dans trois dortoirs ; les deux premiers sont sous les combles au-dessus de la salle Piorry située au 3e étage ; ils contiennent chacun 18 lits. Ils ont 225 mètres cubes soit 12 mètres cubes par personne. Leur hauteur maxima est d'un mètre 80. Les infirmiers ne peuvent s'asseoir dans leur lit sans se heurter la tête contre les poutres. On accède par un petit escalier ou plutôt une échelle de meunier presque à pic. Ni eau ni cabinets d'aisances. En cas de nécessité, les infirmiers doivent se vêtir, descendre leur échelle, traverser un couloir et la longue salle des malades de l'étage inférieur.

Le troisième dortoir, dortoir Rostan, est dans un grenier orné de poutres en bois. Il contient cinq lits, cube 67 mètres, soit 12 mètres par lit. On y monte par un escalier à pic de 90 centim. de largeur. Ni eau ni cabinets. Cette installation, dont on ne peut avoir une idée exacte qu'en la voyant, aurait des conséquences désastreuses en cas d'incendie.

Les deux dortoirs des *infirmiers de nuit*, situés sur le carré de la salle Monneret au troisième étage, ont chacun 5 lits. Leur cube d'air est aussi insuffisant. Il n'y a pas d'eau et un seau remplace les cabinets absents.

Il suit de cette description sommaire, que l'habitation des infirmiers et infirmières est à la Pitié, aussi défectueuse qu'à Bicêtre et à Lariboisière ; qu'ici, comme ailleurs, il convient d'y remédier d'urgence. C'est au Conseil municipal à vérifier les faits que nous signalons et à fournir à l'Administration de l'Assistance publique les crédits nécessaires.

Il peut d'ailleurs inviter l'Administration à lui présenter un mémoire détaillé comprenant le tableau exact des habitations du personnel secondaire et suivi des projets, avec plans et devis, jugés utiles pour remplacer ces habitations insalubres par des habitations salubres, composées de *chambres particulières*. Il ne faut point que le personnel secondaire qui passe 13 ou 14 heures dans des salles de malades, trop souvent encombrées, soit maintenu plus longtemps dans des conditions aussi malsaines, aussi dangereuses. Lorsque l'Administration aura renseigné exactement le Conseil municipal, celui-ci aura à s'entendre avec elle sur les voies et moyens d'exécution et sur l'ordre des transformations d'après leur urgence. L'un et l'autre n'ayant en vue que le bien public, l'entente sera facile, et dès l'année prochaine, nous espérons pouvoir indiquer ici qu'un commencement de satisfaction vous a été donné.

VARIA

Congrès d'Hydrologie et de Climatologie à Clermont-Ferrand.

Excursions.

Le Congrès d'Hydrologie et de Climatologie de Clermont-Ferrand a terminé ses travaux. Il a été décidé que le prochain congrès aurait lieu en 1898 et se tiendrait en BELGIQUE.

Les membres du Congrès se sont rendus à Vichy, afin d'en visiter les sources et l'établissement thermal. Une très belle réception leur a été faite et un banquet de 400 couverts a été offert par la Compagnie fermière. Des toasts ont été portés par MM. Bartholdi, secrétaire général de la préfecture, et Desbrets, maire. M. Fère, dans un discours fort applaudi, a exprimé le vœu que le nouveau traité de la Compagnie avec l'Etat soit bientôt ratifié par les Chambres. Les congressistes se sont rendus ensuite à Néris; mardi, ils ont visité le Mont-Dore et la Bourboule.

XIIe Congrès international de Médecine de Moscou.

Programme des Travaux.

CHIRURGIE.

1° Méthode de traitement des plaies infectées; par M. BRAATZ (de Kœnisberg) ;

2° Méthode de traitement sans opération des tumeurs malignes et, en particulier, résultats de la sérothérapie ;

3° Chirurgie cérébrale dans les cas de tumeurs et d'épilepsie de Jackson, résultats de l'emploi des procédés opératoires ; par M. E.-V. BERGMANN (de Berlin);

4° Chirurgie du poumon, principalement dans la formation de cavernes tuberculeuses et dans la gangrène des poumons ; par M. Th. TUFFIER (de Paris) ;

5° Traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage, du pylore et du rectum, résultats des divers modes d'action, par M. CZERNY (de Heidelberg) ;

6° Affections blennorrhagiques et syphilitiques des articulations; par L. Ollier (de Lyon);

7° Principes de la construction des prothètes des extrémités inférieures dans les affections des articulations, les paralysies, les luxations congénitales de la hanche et après amputation; par M. Dollinger (de Budapest).

Neurologie.

A. — *Maladies mentales* :

1° Pathogénie des hallucinations et pseudo-hallucinations; 2° Symptômes du passage des maladies mentales du stade où elles sont guérissables au stade inguérissable en rapport avec la question des guérisons tardives et de la démence précoce; 3° Les auto-intoxications dans les maladies mentales; 4° Délimitation de la paralysie générale progressive d'avec les formes voisines des troubles mentaux; 5° Transformation des asiles d'aliénés, en rapport avec la question du traitement par le repos au lit et l'installation des salles de surveillance; influence du travail et du repos dans le traitement des maladies mentales; 6° L'hypnotisme et la suggestion dans les maladies mentales et en médecine légale.

B. — *Maladies nerveuses* :

1° Pathologie de la cellule nerveuse; 2° Pathogénie de la syringomyélie; 3° Chirurgie du système nerveux central; 4° Paralysies spasmodiques de l'enfance; 5° Traitement de la maladie de Graves; 6° Pathogénie du tabes dorsalis.

Ce programme n'est pas encore définitif.

Concours pour l'obtention des Bourses de doctorat.

Le ministre de l'Instruction publique des Beaux-Arts et des Cultes, arrête :

Article premier. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 26 octobre 1896.

Article 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 17 octobre, à 4 heures.

Article 3. — En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consisteront en compositions écrites.

Article 4. — Sont admis à concourir :

A. *Régime du* 31 *juillet* 1893. — Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelle, et qui justifient de leur assiduité travaux pratiques de 1re année. L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

B. *Régime du* 20 *juin* 1878. — 1° Les candidats qui ont subi avec la note *bien* le 1er examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves sont : 1° une composition de chimie; 2° une composition de physique et d'histoire naturelle.

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le 1er examen probatoire et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de 2e année. Les épreuves sont : *a*) Une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie); *b*) Une composition d'histologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le 2e partie du 2e examen probatoire. Les épreuves sont : *a*) Une composition de médecine; *b*) Une composition de chirurgie. Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Article 5. — Les candidats qui justifient de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de 1re année.

Hommage à un médecin.

Les maires du canton de la Ferté-Fresnel ont décidé de fêter le 25e anniversaire de l'élection de M. le Dr Bouteillier comme membre du Conseil général de l'Orne. La fête aura lieu au bourg de la Ferté-Fresnel le jeudi 15 octobre prochain. En voici le programme : à quatre heures de l'après-midi, réception à la mairie de M. le Préfet de l'Orne, de M. le Sous-Préfet d'Argentan et de MM. les Membres du Conseil général de l'Orne adhérents. Remise à M. le Dr Bouteillier d'un objet d'art offert par souscription ouverte parmi les habitants du canton. A cinq heures, banquet populaire sous la présidence de M. le Préfet de l'Orne.

Notre ami M. le Dr G. Bouteillier, notre dévoué collaborateur au *Mouvement médical* de 1865 à 1873, puis au *Progrès médical* de 1873 à ce jour, mérite à tous égards le témoignage de reconnaissance qui lui est donné pour les services qu'il n'a cessé de rendre comme médecin depuis 1867, comme conseiller général depuis 25 ans, aux habitants du canton de la Ferté-Fresnel. Nous profitons de cette occasion pour lui adresser nos plus vives félicitations et lui renouveler l'expression de notre vieille et profonde amitié. B.

Certificats délivrés aux malades à titre privé par les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris.

Paris, le 29 août 1896.

Monsieur le Directeur,

Un receveur de l'Enregistrement ayant réclamé à M. le Pr Panas, de l'Hôtel-Dieu, le paiement d'une amende encourue pour la rédaction sur *papier libre* d'un certificat produit en justice par un malade et constatant la nature de ses infirmités, j'ai fait demander à la Direction générale de l'Enregistrement des domaines et du timbre une communication officieuse au sujet de la règle à suivre en cette matière.

Il résulte des renseignements qui viennent de m'être fournis, que tous les certificats de médecins ou chirurgiens délivrés à des particuliers, dans un intérêt privé, sont assujettis au timbre de dimension, par application de l'article 12 de la loi du 13 brumaire an VII. Font seuls exception les certificats délivrés sur la réquisition des agents de l'autorité judiciaire ou de la force armée.

Il ne semble pas que l'Administration de l'Assistance publique puisse contester cette doctrine, et je vous prie de la porter à la connaissance de Messieurs les chefs de service de votre hôpital, qui seraient exposés à encourir *personnellement* une amende de 62 fr. 50 pour chaque infraction constatée.

Le principal de l'amende est de 50 fr. (loi du 2 juillet 1862, art. 22); il convient d'y ajouter deux décimes et demi (loi du 23 août 1871, art. 2 et loi du 30 décembre 1873, art. 2), soit au total une somme de 62 fr. 50, décimes compris (50 + 12, 50).

J'ajoute qu'une mention telle que *délivré à titre purement administratif*, ne suffirait pas pour éviter la perception de l'impôt, si le possesseur du certificat en faisait usage à titre privé.

En vue de faciliter l'établissement des certificats sur imprimés pouvant être timbrés à 0 fr. 60, je donne au bureau des adjudications et services généraux des instructions pour réduire à la dimension réglementaire, soit 442 centimètres carrés de superficie (dimension de l'imprimé P. 25), l'imprimé du modèle A. 51, qui sert généralement à l'établissement des certificats.

En attendant que vous soyez pourvu de ces imprimés de dimensions réduites, vous pouvez vous baser sur les dimensions de l'imprimé P. 25 (mesurant 245 m/m sur 180), pour l'établissement de certificats de mêmes dimensions.

Il est d'ailleurs bien entendu que les certificats demandés par l'Administration, soit pour admission dans un hospice, soit pour toute autre fin, demeurent exonérés du droit de timbre.

Je vous prie de m'accuser réception de la présente circulaire.

Le directeur de l'Administration,
Signé : E. Peyron.

L'Assistance chirurgicale instantanée à Paris et les fêtes en l'honneur du Tsar.

Un grand nombre d'accidents, comme il était facile de le prévoir, ont marqué les journées de mardi et de mercredi dernier. La Préfecture de police avait fait réserver dans les hôpitaux, en prévision de sinistres inévitables, de nombreuses places. Elles sont occupées aujourd'hui. Citons quelques exemples, d'après la *Revue médicale*. Ici, c'est un malheureux dont le tibia a été fracturé par le sabot d'un cheval de garde républicain; là, c'est une femme qu'une syncope a mise hors d'état de résister à la bousculade; plus loin, c'est un enfant écrasé et à demi-asphyxié. Des gradins se sont écroulés au coin de la rue Royale. Certains postes de secours ont été notoirement insuffisants. Il y a eu des blessés et des morts. Mais qu'importe? C'était bien le moment d'y penser! Au Ministère de l'Intérieur, on avait d'autres chats à fouetter...

J'aurais voulu, par moi-même, essayer de me rendre compte *scientifiquement* du nombre et de l'importance des accidents: ce qui est pardonnable de la part de l'auteur du *Projet du service des Prompts Secours pour la Ville de Paris*. Mais, j'ai dû bien vite renoncer à pareille idée: Il m'aurait fallu, sinon un vigoureux cheval digne d'un capitaine de la garde républicaine, du moins un coupe-fil spécial. Quand j'ai parlé à des amis haut placés du but que je voulais atteindre, on n'a pas négligé de me traiter d'insensé et d'internationaliste.... Je pouvais bien n'être d'ailleurs qu'un anarchiste.... déguisé! Récemment, un Commissaire central en Vendée n'a-t-il pas signalé comme tel à la Sûreté un de mes braves compatriotes, aussi calme qu'il est possible de l'imaginer? — La vérité est qu'on ne voulait pas sans doute d'un contrôle compétent.

En tout cas, le Tsar a bien fait de venir à Paris: il nous aidera à démontrer de quelle façon, à l'heure actuelle encore, nous sommes organisé pour les secours rapides.

Marcel Baudouin.

L'Internat des Hôpitaux de Paris.

Voici comment un ancien secrétaire général de l'Assistance publique, M. d'Echerac, a apprécié récemment dans le *Temps* le corps de l'Internat des Hôpitaux de Paris.

« Les internes sont au nombre de deux cent quarante titulaires, quarante-sept provisoires et deux lauréats ayant obtenu au concours la grande médaille. Leurs fonctions durent quatre ans. Elles consistent à assister le chef de service, à le suppléer parfois dans une certaine mesure et à assurer la garde dans les établissements auxquels ils sont attachés. Les internes ne peuvent pas être docteurs. On tolère seulement qu'ils passent leur thèse dans les deux derniers mois de leur quatrième année d'exercice. Ils sont logés à l'hôpital. Si les locaux ne s'y prêtent pas, on leur alloue une indemnité spéciale de 600 fr. Quant à l'indemnité directement afférente à leur fonction, elle va de 600 fr. à 1,000 fr., croissant de 100 fr. chaque année. L'interne de garde est nourri. Sa présence à l'hôpital doit être continue; c'est, en effet, sur son avis que le directeur prononce les admissions d'urgence et ses soins sont requis par le service de nuit à chaque fois que son intervention est jugée nécessaire par la surveillante veilleuse. L'Internat est la pépinière dans laquelle se recrutent tous les médecins et tous les chirurgiens des hôpitaux. Quoiqu'on puisse arriver à ces positions si disputées sans avoir eu le titre d'interne, les cas d'exception sont si rares qu'on les compte. C'est également parmi eux que la Faculté trouve les professeurs.

Le concours pour l'Internat est difficile. Il y a beaucoup d'appelés et peu d'élus. Le nombre des concurrents confine à six cents et les nominations ne dépassent pas soixante.

Une commission médicale de 1839 déclare que l'institution des internes est, sans contredit, la plus belle et la plus utile dont les hôpitaux de Paris puissent se glorifier. « C'est là, dit-elle, que se forment à la pratique les jeunes médecins sur lesquels la société fonde ses plus chères et ses plus solides espérances. » Il n'y aurait rien à retrancher de cette flatteuse appréciation si, un vent de Fronde ayant, on ne sait trop pourquoi, soufflé depuis quelques années sur ces jeunes gens, les salles de garde ne fussent devenues des espèces de foyer de révolte où chacun s'excite à faire pièce aux représentants d'une administration qui pousse vis-à-vis d'eux l'indulgence jusqu'à la faiblesse.

Partout où il y a jeunesse, il y a vie, et nul n'a jamais trouvé mauvais que cette vie se manifestât même par de petites frasques très innocentes, souvent spirituelles qui, quoique troublant un peu l'ordre des établissements, ne sont pas absolument incompatibles avec la tenue qu'on doit y maintenir. Mais les choses vont souvent plus loin et elles atteignent parfois de telles proportions qu'on est bien forcé de reconnaître un parti pris de mal faire dérivé d'un sentiment qui n'est ni jeune ni bon. Nous n'entrerons pas ici dans des détails qui nous entraîneraient trop loin. Nous ne dirons pas la série de misères que de malheureux directeurs ont dû subir pendant de longs mois sans arriver à se faire protéger contre des jeunes gens qui se moquent d'un règlement, lequel sur eux n'a guère de prise. Notre sac est pourtant rempli d'anecdotes qui ne demandent qu'à voir le jour et que nous retenons avec peine au bout de la plume. Qu'on sache seulement que, dans ces derniers temps, les choses avaient pris un tel caractère que l'administration, malgré son parti pris, d'indulgence, sa volonté de ne rien voir et de ne rien entendre, a fini cependant par se sentir débordée et que, pour protéger ses agents ainsi que le repos de ses malades, elle s'est enfin décidée à recourir au conseil de surveillance, dont les dispositions sont moins tendres. Quelques exemples, quoique trop tardifs, ont suffi à rétablir les choses dans leur état normal et il y a lieu d'espérer qu'à l'avenir MM. les Internes, laissant les filles à la porte de la salle de garde, renonçant à en briser tous les meubles après boire, pénétrés de leur devoir le plus intime qui consiste à ne rien faire que dans l'intérêt des malades qui leur sont confiés, ne laisseront plus sourdre que leurs qualités lesquelles sont fort appréciables.

Il est temps de venir à résipiscence. Ils finiraient, en effet, par lasser les plus patients; car enfin, monter un tonneau d'arrosage plein d'eau jusqu'au troisième palier d'un vaste escalier et de là le précipiter dans le vide afin qu'il aille s'effondrer avec un fracas épouvantable sur le sol après avoir brisé tous les obstacles sur son passage, risquer ainsi de tuer quelque personne attardée ou de faire mourir de peur les pauvres vieillards et les malades qui dorment dans les salles voisines, c'est stupide, inepte, indigne de gens intelligents et instruits, mais ce n'est encore qu'une farce relativement excusable, quoiqu'elle se traduise par une grosse dépense que doit supporter l'administration. Tandis que profiter d'une malheureuse disposition des localités qui place une bibliothèque constamment ouverte aux internes au-dessus de la chambre à coucher d'un directeur pour y organiser une sorte de machine infernale consistant en une série de bûches reliées entre elles par une combinaison de cordes qui en provoque la chute de quart d'heure en d'heure pendant toute la nuit sur la partie du plancher sonore placée juste au-dessus du lit du patient, c'est faire preuve de férocité plus encore que de sottise; c'est dépasser les Asiatiques dans l'art de faire souffrir. J'ai tenu à citer ces deux exemples de gentillesse pour donner un échantillon des procédés délicats dont MM. les Internes sont coutumiers. C'est par milliers qu'on les compte. Inutile d'insister, je crois.

Là comme ailleurs, il faudrait bien se garder de généraliser. A côté de salles turbulentes, taquines, tapageuses, insurgées de parti pris, qui rendent la vie impossible dans l'hôpital, on en voit d'excellentes, de sérieuses, de travailleuses, où l'instruction mutuelle est l'objectif commun, unique; avec celles-là on n'a que les rapports les plus agréables et les plus affectueux. Souhaitons que toutes reviennent à ces douces mœurs. »

Le Corps médical des Hôpitaux de Paris.

Voici comment le même ancien inspecteur de l'Administration de l'Assistance publique a apprécié récemment dans le *Temps* le Corps Médical des Hôpitaux de Paris.

« Etant donnés les travaux pénibles auxquels ils se sont livrés et se livrent tous les jours, on doit savoir un gré infini à la grande majorité des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de se montrer dans les relations et leur attitude à l'hôpital doux, affables, courtois, sans morgue; de savoir sans impatience supporter les règles si légères du reste, si élastiques, si bonnes filles qui leur sont imposées; de vouloir bien s'incorporer à l'Assistance publique; d'être avec elle de cœur et de fait; de se montrer fier de lui appartenir; de prendre ses intérêts qui sont ceux des pauvres; de conserver enfin dans toutes les circonstances qui les mettent en présence des agents administratifs de tous grades une contenance correcte, douce, bienveillante et doctoralement familière. Ainsi font la plupart de ces hommes d'un réel mérite, qui ont droit à la déférence de leurs concitoyens et vis-à-vis desquels personne n'en manque. Plût à Dieu que tous ainsi fussent : la vie à l'hôpital deviendrait paradisiaque pour le personnel. Mais il y a des exceptions, hélas! et l'on en compte dans le nombre dont le naïf orgueil, la suffisance inconsciente, l'autoritarisme et l'infaillibilité ne peuvent être comparés qu'à ceux de certains ingénieurs de l'Etat. Hommes charmants du reste, et malgré tout, pour la plupart, ayant conservé les manières un peu libres, un peu étudiant, qui suivent dans la vie tous ceux qui, nourris de la pratique d'un art, en ont beaucoup parlé en commun à l'atelier ou à la salle de garde; hommes d'esprit aussi, le plus souvent les rapports sont avec eux des plus agréables, tant qu'on ne contrarie pas leurs idées, qu'on fait toutes leurs volontés, qu'on accueille toutes leurs demandes et qu'on caresse toutes leurs fantaisies. Comme des artistes qu'ils sont, quoique avant tout hommes de science, ils n'admettent pas que ce qu'ils jugent nécessaire à la pratique de leur art ne soit pas déposé à leurs pieds, sitôt qu'ils ont daigné manifester un désir. Les prescriptions administratives, même édictées par des commissions composées de leurs pairs, leur sont insupportables. Qu'un directeur d'hôpital accueille avec froideur une demande qui n'est pas réglementaire, on le regarde de travers; s'il persiste dans son refus après insistance, malgré les bonnes raisons qu'il donne, on commence à le croire hostile; enfin si, dans l'impossibilité où il est d'accorder, il oppose une définitive fin de non-recevoir, oh! alors, c'est un rond-de-cuir, un formaliste, un taquin, un sot. L'orgueil, ce fameux orgueil professionnel, jusque-là tapi au fond de l'âme de l'homme de l'art, monte, fait une terrible irruption et retombe sur la tête du malheureux cul-de-plomb avec toutes les glaces, tous les mépris qu'un grand homme sait glisser dans un geste. Ah! c'est du coup qu'on marque les distances! C'est du coup qu'on lui fait sentir à cet employé récalcitrant jusque-là fréquenté, choyé, soigné même, que c'étaient manières de grand seigneur, pure courtoisie d'attitudes n'engageant à rien! Mais, puisque ce *minus habens* ose faire résistance, malgré les risettes dont on voulait bien l'honorer, on va lui montrer ce qu'il en coûte. A partir de ce jour, on ne le connaît plus, on se montre vis-à-vis de lui hautain et *distant*, comme dit Stendhal. Désormais, plus même un coup de chapeau. Voilà le pauvre sire replongé dans son néant, et, si son nom y prête, on l'affuble d'un sobriquet.

« Ce sont ces petits conflits qui occasionnent parfois des troubles dans les hôpitaux, parce que les internes épousent la querelle de leur chef et qu'une fois lancés ils ne reculent devant aucun moyen de rendre la vie insupportable à celui qui, n'ayant sur eux qu'une autorité nominale, doit cependant maintenir malgré eux le bon ordre dans son établissement.

« Cette rancœur de certains médecins contre une administration pourtant si débonnaire et qui fait tout au monde pour leur être agréable, revêt parfois des caractères absolument puérils. On voit des hommes de grande valeur, pris de rages enfantines, déchirer des objets de pansement, casser des instruments, invectiver leur personnel dans les termes les plus injurieux, verser sur l'administration tout entière, directeur général en tête, des paniers, que dis-je, des tombereaux d'ordures, le tout parce qu'on les a contrariés dans la satisfaction d'une turlutaine à laquelle ils ne penseront plus le lendemain.

« Il est rare, hâtons-nous de le dire, que ces petits conflits tournent au tragique. Autant en emporte le vent; et comme, au demeurant, il ne s'agit jamais de choses graves, ce sont bourrasques qui passent sans occasionner de baisse barométrique très accentuée.

« Mises en présence des services éminents que rend le corps médical et chirurgical des hôpitaux, ces vétilles ne comptent pas. Ceux qui en souffrent, je dois le dire, mettent à les supporter avec une patience angélique. Enfin, il ne s'agit là, nous ne saurions trop le répéter, que de manières exceptionnelles qui ne compromettent en rien la tenue en général si correcte, si digne et en même temps si affable du corps médical des hôpitaux. Si nous avons parlé de ces choses, c'est que nul ne les ignore dans les établissements hospitaliers et qu'il n'était pas possible de les passer sous silence dans une étude qui, à défaut d'autres qualités, se pique d'être sincère. »

A propos des Fondations hospitalières.

Nous avons reproduit, dans le temps, un article très remarquable de Diderot (1) sur ou mieux contre les *Fondations*. Thomas Payne (2) n'est pas moins catégorique :

« Il n'y eut, dit-il, il n'y aura jamais, il est même impossible qu'il existe dans aucun temps ou dans aucun pays un Parlement qui ait le droit de lier la postérité jusqu'à la consommation des siècles, ou de commander de quelle manière le monde doit être gouverné, et par qui il sera gouverné jusqu'à l'éternité; c'est pourquoi toutes clauses, actes ou déclarations de cette nature, par lesquels leurs auteurs s'efforcent de faire ce qu'ils n'ont ni le droit ni le pouvoir d'exécuter, sont de toute nullité. Chaque siècle, chaque génération doit avoir la même liberté d'agir, dans tous les cas, que les siècles et les générations qui l'ont précédé. La vanité et la présomption de vouloir gouverner au delà du tombeau est la plus ridicule et la plus insupportable de toutes les tyrannies.

« L'homme n'a aucun droit de propriété sur un autre homme, ni les générations actuelles sur les générations futures. »

Et, plus loin (p. 41), il ajoute :

« Ce qui paraît bien et convenable dans un siècle, peut paraître mauvais et peu convenable dans un autre. En pareil cas, qui doit décider? est-ce les vivants ou les morts? »

Peut-être se trouvera-t-il un jour des Députés pour examiner à fond cette question et faire modifier la législation actuelle. B.

L'Hypnotisme chez les Oiseaux.

On sait que la femelle du Coucou a la réputation d'être une épouse volage et une mère dénaturée. Elle va pondre son œuf dans le nid d'un passereau, et, afin de tromper le pauvre oiseau, elle enlève un des œufs qui garnissent déjà le nid pour y substituer le sien.

Les Naturalistes se demandaient : Comment le passereau s'y trompe-t-il? L'œuf du ou de la Coucou ne ressemble en rien à ceux qu'il pond lui-même. D'où vient qu'il s'y trompe? Les Naturalistes n'y comprenaient rien. Les Hypnologues veillaient. Ils ont fait des expériences. Ils ont substitué à l'un des œufs d'un nid de passereau un autre œuf semblable ou même un œuf de Coucou. Toujours le passereau a refusé de couver l'œuf. Or, le passereau consent à couver l'œuf apporté par le Coucou lui-même. C'est donc que le Coucou (M. Raspail l'a fort bien observé, s'étant mis en embuscade) ne s'éloigne point du nid où le passereau couve, et c'est qu'il lui *suggère* l'idée de le couver : *c'est qu'il l'hypnotise*. Du moment, dit-il, que les passereaux n'acceptent que du Coucou seul cet œuf étranger, il faut attribuer cette acceptation à l'influence personnelle de la femelle du Coucou, qui impose son œuf à la mère qu'elle a choisie, laquelle ne peut plus se soustraire à l'obligation de couver cet œuf. Et il ajoute ingénument : Il serait intéressant de décou-

(1) *Progrès médical*, 24 oct. 1885.

(2) Payne (Th.). — *Droits de l'homme*, en réponse à l'attaque de M. Burke sur la Révolution française. — Paris, Buisson, imprimeur, mai 1791, p. 13.

vrir le procédé employé par le Coucou pour imposer sa volonté, pour provoquer l'hypnose! Je le crois bien...

Si non e vero, e bene trovato.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Responsabilité. — Médecin. — Aliénés. — Internement dans un asile. — Délivrance d'un certificat. — Faute alléguée. — Demande en paiement de dommages intérêts. — Rejet.

L'art. 1382 C. civ. pose au regard de toutes personnes, sans distinction de professions, le principe de la réparation du préjudice causé par une faute commise.

Il n'y a donc pas à distinguer entre les fautes commises par le médecin et celles imputables aux autres citoyens: celui-ci, comme ceux-là, est responsable même de sa faute légère, s'il en est résulté un préjudice.

Il en doit être ainsi, aussi bien lorsque dans l'exercice de sa profession le médecin atteste légèrement, et sans s'être entouré de renseignements suffisants, l'état d'aliénation mentale d'une personne, que lorsque par ignorance, imprudence ou impéritie, il applique un traitement autre que celui commandé par les données de la science.

Toutefois, la science médicale étant, plus qu'aucune autre, incertaine et conjecturale dans ses principes, on ne saurait rendre ceux qui en font consciencieusement la pratique de leur vie responsables de son incertitude, et l'erreur d'appréciation du médecin ne constitue pas nécessairement une faute.

Ainsi jugé, après plaidoiries de Mes Jouvin et Gosset, avocats, sur les conclusions de M. Beauvais, substitut du procureur de la République, dans les termes suivants, qui expliquent suffisamment les faits de la cause :

« Le tribunal civil de Rouen (20 juin 1896,

« Attendu que G... réclame du Dr C... des dommages-intérêts pour le préjudice à lui causé par son internement à l'asile d'aliénés de Quatre-Mares, lequel aurait été obtenu à l'aide d'un certificat dans lequel le Dr C... aurait imprudemment attesté l'état d'aliénation mentale du demandeur ;

« Attendu que l'art. 1382 C. civ. pose, au regard de toutes personnes, sans distinction de profession, le principe de la réparation du préjudice causé par une faute commise; qu'il n'y a pas à distinguer entre les fautes commises par le médecin et celles imputables aux autres citoyens;

« Que celui-ci est comme celui-là responsable même de sa faute légère, s'il en est resulté un préjudice; qu'il en doit être ainsi, aussi bien lorsque dans l'exercice de sa profession le médecin atteste légèrement et sans s'être entouré de renseignements suffisants, l'état d'aliénation mentale d'une personne, que lorsque, par ignorance, imprudence ou impéritie, il applique un traitement autre que celui commandé par les données de la science;

« Attendu que la seule question à examiner est donc celle de savoir si, dans l'espèce, le Dr C... s'est écarté des règles de la prudence, d'autant plus impérieuses que les conséquences de ses affirmations pouvaient être plus graves ; qu'il ne s'agit même pas de rechercher si G... était atteint d'aliénation mentale ou si, comme il offre de le prouver, ses facultés intellectuelles n'avaient subi aucune dépression ;

« Attendu, en effet, que l'erreur d'appréciation du médecin ne constitue pas nécessairement une faute; que la science médicale est, en effet, plus qu'aucune autre, incertaine et conjecturale dans ses principes, et qu'on ne saurait rendre ceux qui en font consciencieusement la pratique de leur vie responsables de son incertitude ;

« Attendu que le Dr C... est le médecin de la famille G... depuis dix-sept ou dix-huit ans; que, dans de nombreuses occasions, il lui avait été donné d'examiner G..., qu'il avait reçu de la dame G... la confidence des menaces et des voies de fait dont elle avait été l'objet de la part de son mari, et qu'il avait même pu constater sur sa personne des traces non équivoques des violences exercées sur elle; qu'au mois de juillet 1895, il avait été appelé, pendant une semaine, à observer chez G..., presque chaque jour, un état d'excitation tout à fait anormale; que ses observations personnelles avaient été confirmées par les récits des membres de la famille et les employés de la maison de commerce dirigée par G...; que le propre gendre de celui-ci avait même déclaré qu'il avait acheté un immense couteau pour s'en servir contre sa femme; que G... lui-même s'était plaint fréquemment à lui d'insomnies persistantes, de cauchemars et de maux de tête, coïncidant avec le tremblement de mains et des lèvres, la faiblesse des jambes, l'injection des yeux et l'inégalité de dilatation des pupilles ;

« Attendu que telles sont les affirmations du Dr C... dans l'interrogatoire sur faits et articles qu'il a subi; qu'elles ne sont pas contredites par l'articulation formulée par G... et que le tribunal ne pourrait les révoquer en doute sans prêter au défendeur des intentions malicieuses qui ne sont pas alléguées ;

« Attendu que le Dr C... a pu, sans imprudence ni légèreté, en conclure que G... était un congestif sujet à des impulsions périlleuses pour son entourage ;

« Attendu, d'autre part, qu'il n'est pas contesté qu'à un moment où sa prospérité commerciale était portée au plus haut point et où son crédit était le plus considérable, G... soit allé demander à un agrégé au Tribunal de commerce de faire prononcer sa mise en liquidation judiciaire; que ce fait connu du Dr C... était de nature à confirmer les préoccupations de ce dernier et à lui faire croire à l'imminence du péril ;

« Attendu, enfin, qu'à deux reprises différentes, les agissements au moins étranges de G... avaient appelé l'attention de la police; ce que n'ignorait pas le Dr C... ;

« Attendu, dès lors, qu'en concluant de pareils actes à une grave altération des centres nerveux et au dérangement intellectuel de G..., le Dr C... ne semble pas avoir commis ni faute ni imprudence; que, si telle était sa conviction, on ne peut lui reprocher de l'avoir formulée dans le certificat critiqué; qu'une solution contraire pourrait entraver d'une façon regrettable l'accomplissement des devoirs les plus impérieux des médecins ;

« Attendu, il est vrai, que G... articule une série de faits desquels, s'ils étaient prouvés, on pourrait induire une erreur de diagnostic du Dr C..., mais que le Tribunal ne saurait sans témérité substituer ses appréciations à celles d'un médecin, surtout en matière aussi délicate ;

« Attendu, d'autre part, que, comme l'explique le Dr C... dans son interrogatoire, l'état congestif de son client n'était pas permanent et que le calme succédait chez lui aux périodes d'agitation; que, dès lors, l'expertise sollicitée par G..., en admettant qu'elle fournit la preuve de l'erreur du Dr C..., serait impuissante à donner celle d'une imprudence commise par lui ; qu'il suit de là que la demande principale et la demande subsidiaire doivent être repoussées; — « Sur la demande reconventionnelle :

« Attendu que la demande de G..., loin dêtre inspirée par une intention malicieuse, ne constitue que l'exercice d'un droit; qu'il n'est pas justifié, d'ailleurs, qu'elle ait été préjudiciable au défendeur ; — « Par ces motifs,

« Délare G... mal fondé dans ses demandes, principale et subsidiaire, l'en déboute; déboute également C... de sa demande reconventionnelle ; condamne G... aux dépens. »

Enseignement médical libre.

Technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Broca, recommencera les cours suivants, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5, savoir : Le lundi 12 octobre, à *deux heures*, technique bactériologique et méthodes pratiques, avec manipulations. Le jeudi 15 octobre, à 8 *heures du soir*, technique microscopique pratique avec manipulations et exercices de diagnostic d'anatomie pathologique. Ces deux cours sont destinés à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 9, rue Marsollier (quartier de l'Opéra), de 1 h. à 2 h.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 20 sept. au samedi 26 sept. 1896, les naissances ont été au nombre de 1 032, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 394 ; illégitimes, 159, Total, 553. — *Sexe féminin* : légitimes, 343; illégitimes, 136. Total, 479.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 20 sept. au samedi 26 sept. 1896, les décès ont été au nombre de 722, savoir : 385 hommes et 337 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 3, T. 9. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 3, F. 5, T. 8. — Scarlatine: M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 1, F. 1, T. 2. — Diphtérie, Croup : M. 4, F. 3, T. 7. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 101, F. 63, T. 164. — Méningite tuberculeuse : M. 7, F. 8, T. 15. — Autres tuberculoses : M. 16, F. 3, T. 19. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 2, T. 2. — Tumeurs malignes : M. 21, F. 35, T. 56. — Méningite simple : M. 10, F. 7, T. 17. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 24, F. 19, T. 43, — Paralysie, M. 6, F. 6, T. 12. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 4, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 23, F. 28, T. 51. — Bronchite aiguë : M. 1, F. 2, T. 3. — Bronchite chronique : M. 5, F. 10, T. 15. — Broncho-pneumonie : M. 10, F. 9,

T. 19. — Pneumonie : M. 4, F. 5, T. 9. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 13, F. 7, T. 20 — Gastro-entérite, biberon : M. 19, F. 19, T. 38 — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 4, T. 7. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 2, T. 2. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3 — Débilité congénitale : M. 8, F. 5, T. 13. — Sénilité : M. 6, F. 11, T. 17. — Suicides : M. 8, F. 5, T. 13. — Autres morts violentes : M. 9, F. 3, T. 12. — Autres causes de mort : M. 67, F. 57, T. 124. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 1, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 62, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 23, illégitimes, 15. Total : 38 — *Sexe féminin* : légitimes, 17, illégitimes, 7 Total : 24.

École supérieure de Pharmacie de Nancy. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, la chaire de chimie de l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Nancy est déclarée vacante.

Service de Santé de la Marine. — *Mouvements.* — M. Martel, médecin de première classe, rentre de congé de convalescence et sert à terre. M. Pringent, médecin de deuxième classe rentre de congé de convalescence et sert à terre. M. Labadens, médecin de première classe, embarque sur le *Troude*, en qualité de *médecin-major*. M. Le Floch, médecin de deuxième classe embarque sur le *Magenta* en qualité de médecin en sous-ordre. M. Baret, médecin de deuxième classe, obtient une prolongation de congé de convalescence de deux mois pour Brest.

Liste d'embarquement. — Médecins en chef. MM. 1 Bodet. 2 Comme. 3 Roussel. — Médecins principaux. MM. 1 Danguillecour. 2 Kermovant. — Médecins de première classe. MM. 1 Kergrohen 2 Branellec. 3 Salaun. 4 Bonain. 5 Négretti. 6 Martel. — Médecins de deuxième classe. MM. 1 Lallemant. 2 Delaporte. 3 Prigent.

Nominations — Ont été nommés au grade de médecin en chef, M. Fontan. — Au grade de médecin principal, M. Laffont. — Au grade de médecin de première classe, M. Gaudelin. — Au grade de médecin de deuxième classe les médecins auxilliaires : MM. Chemin (Jean-André), Degroote (Germain-Marie-Gaspard), Matnis (Constant-Jean-Baptiste-Marie-Joseph), Douarre (Etienne), Brachet (Henri-Louis), Rolland (Joseph-Pierre), Bover (Charles-Marie-Joseph, Vialet (Marie-Joseph-François), Donnart (François-Joseph-Marie), Aynès (François-Paul), Bouteiller (Louis-Théophile), Delabaude (Emile-Marie), Bernal (Abraham-Frédérie). Valmyre (Alexandre), Lucciardi (Joseph-Louis-Dominique), Guitard (Louis-Edouard), Roquemaure (Georges-Etienne), Bessière (Joseph-Pépin).

Association française de Chirurgie. — Le Xe Congrès français de Chirurgie s'ouvrira le lundi 19 octobre 1896, à la Faculté de Médecine de Paris sous la présidence de M. le Pr Félix Terrier. — Pour tous renseignements s'adresser à M. le Dr Picqué, secrétaire général, 8 rue de l'Isly, Paris.

Service militaire et Etudiants en Médecine. — Des accidents ont fait constater la difficulté d'assurer des soins immédiats aux détachements dépourvus d'un médecin militaire. Désormais, les étudiants en médecine incorporés pour un an seront spécialement affectés aux détachements dont la constitution ne comporte pas un médecin militaire; les étudiants seront chargés de donner les premiers soins aux malades, en attendant l'arrivée du docteur en médecine responsable du service médical du détachement. Les étudiants en médecine feront leur instruction dans les compagnies d'infanterie, de chasseurs ou du génie et les batteries d'artillerie [illegible] lesquelles ils auront été répartis. Ils ne feront pas partie du peloton spécial affecté à la préparation des futurs officiers de réserve. Le service régimentaire normal sera imposé dans les mêmes conditions aux étudiants en pharmacie et aux élèves ecclésiastiques. En [illegible]nant ces dernières mesures, le général Billot cherche à diminuer le nombre des jeunes gens, incorporés pour un an, que leur [illegible]tation pouvait faire partiellement dispenser d'une partie du service par une affectation aux services des infirmeries de régiment ou des hôpitaux régionaux.

Récompenses. — Une *Médaille d'honneur* a été décernée à M. le Dr Moreau, médecin-major principal du corps des sapeurs-pompiers de Bordeaux, pour sa belle conduite en maintes circonstances.

M[illegible] honorables décernées à M. le Dr Arnaud, à Altreville (Alger). Lors de la terrible catastrophe de chemin de fer qui se produisit à Adélia, dans la nuit du 10 au 11 mai 1896, M. Arnaud fit preuve d'un dévouement et d'un zèle dignes des plus grands éloges. Grâce à lui, de prompts secours furent portés aux blessés. — M. le Dr Pelletier, médecin-major au 28e d'infanterie, à Rouen.

Hôpitaux de Paris. — *Concours d'Internat.* — Le jury de l'internat est provisoirement composé de MM. Brocq, Dumontpallier, Lebreton, Achard, Lejars, Guinard, Richelot, Panas, Pinard, et Maygrier.

Concours de l'Externat. — Le jury définitif de l'externat est composé de MM. Jacquet, Lesage, de Gennes, Courtois-Suffit, Arrou, Rieffel, Villemin et Potocki.

Choléra en Egypte. — Le choléra a presque totalement disparu de l'Egypte. Il n'y a eu cette semaine que huit morts dans tout le pays

La Lèpre en Allemagne. — M. le Pr Koch, qui vient de passer, le mois dernier, dix ou douze jours dans le district de Memel, étudiant les cas de lèpres et leurs causes, n'a découvert en réalité qu'un seul authentique. Il considère donc le danger d'infection comme moins grand qu'on ne l'avait craint ; autrement la contagion se serait étendue beaucoup plus rapidement depuis vingt ans que la maladie existe.

La Peste aux Indes anglaises. — L'épidémie de peste bubonique qui sévit actuellement a Bombay paraît avoir un caractère bénin ; elle cause environ onze décès par jour. On attend le rapport que présentera sur ce sujet le Pr Haffkin, qui a été envoyé sur les lieux. Malheureusement l'état sanitaire des environs n'est pas satisfaisant, et plusieurs cas de peste bubonique se sont déjà produits le mois passé dans le district de Mandvi. Des patentes nettes ont été délivrées aux malles qui partent pour l'Europe. Le certificat spécial à destination de l'Egypte signale des décès dus à la peste bubonique.

Un Hôpital maritime en Islande. — Moins favorisés que leurs camarades, les Terre-Neuviens, qui, tombant malades sur les lieux de pêche, sont évacués à Saint-Johns, capitale de Terre-Neuve et ville importante dans laquelle on leur donne tous les soins nécessaires ; les Pêcheurs d'Islande, atteints de la maladie si fréquente dans ces parages brumeux, doivent ou rester à bord, ou être transportés à terre. Si on les garde à bord, il leur est bien difficile de se guérir. Leurs camarades ont beau se prodiguer auprès d'eux et leur donner mille preuves de dévouement : ils n'en sont pas moins, de par leur travail lui-même, dans une situation qui les empêche de leur donner les soins constants réclamés par leur état. A bord, le malade, quelles que soient les attentions de ses camarades, ne jouit ni du repos ni du calme qui lui seraient nécessaires. Si, au contraire, on le débarque, le malade se trouvera au milieu d'une population dont il ne comprend pas la langue, pour laquelle il est un étranger, et qui est loin d'offrir les ressources que l'on rencontre à Terre-Neuve. Il faut absolument, dit un journal local, il faut absolument faire cesser l'infériorité dont les pêcheurs d'Islande sont victimes au point de vue hygiénique et sanitaire. La création d'un hospice maritime s'impose. — Nous sommes absolument de cet avis. Mais nous reviendrons sur ce sujet, car un *bâteau-hôpital* serait peut-être préférable, d'abord comme nous l'avons dit il y a plusieurs années déjà.

Un Médecin professeur vilipendé par les Etudiants. — *Exécution en effigie.* — Tous nos lecteurs connaissent M. Fort, auteur d'un traité d'anatomie fort estimé. Il y a quinze ans, en 1880, notre compatriote séjourna à Rio-de-Janeiro, où il fit, non sans succès, de la grande chirurgie, excitant contre lui la jalousie des chirurgiens brésiliens. A son retour à Paris, il critiqua l'enseignement officiel de l'Ecole de Médecine et insista sur le peu de zèle et d'assiduité des élèves Revenu à Rio, il y a quelques mois, M. Fort a été, de la part de ses anciens confrères brésiliens, secondés par les étudiants, l'objet d'une manifestation qui eut pu avoir une fin tragique. Les étudiants, au nombre de cinq cents, se répandirent dans toutes les rues et le recherchèrent dans tous les hôtels, en criant : *Mort à Fort*, qui a insulté le Brésil et ses habitants ! Par un heureux hasard, M. Fort, absent ce jour-là, échappa à la fureur de ses ennemis, qui durent se contenter, le lendemain, de le brûler en effigie. A cet effet, plus de mille étudiants sortirent de la Faculté en procession, tenant un cierge à la main, et précédés d'un catafalque dans lequel était déposé un cercueil contenant un mannequin, image de M. Fort. Des étudiants en robe portaient de grands cierges autour du catafalque, d'autres portaient des bannières avec des têtes d'ânes et des allusions injurieuses à l'adresse de celui qu'ils appelaient le calomniateur du Brésil. Le cortège funèbre parcourut la rue Ouvidor en chantant les prières des morts, et arriva à la place San Francisco où eut lieu une séance de crémation du corps de M. Fort, avec accompagnement de chants du *De Profundis*, en présence d'une foule considérable. M. Fort a pu s'embarquer sain et sauf et rentrer en France. Il n'y a pas lieu de qualifier une pareille manifestation qui n'a pas l'excuse d'un acte irréfléchi, et dont M. Fort fera peut-être un jour connaître la pathogénie à ses confrères. *L[illegible] méd.* .

Un Médecin anarchiste. — Un des dynamiteurs récemment arrêtés en Angleterre est M. le Dr Thomas Gallagher, il a ter-

miné ses études médicales au Bellevue Medical College en 1880, et il a longtemps pratiqué à Brooklyn, avant de quitter l'Amérique.

VACANCES MÉDICALES. — La commune de Juzennecourt, chef-lieu de canton (Haute-Marne) demande un médecin. On peut faire la pharmacie; il n'y a dans le canton qu'un seul médecin dans une commune distante de neuf kilomètres : subvention annuelle de la commune : cinq cents francs pendant quatre ans; chemins tous praticables à la bicyclette ; logement à bon marché.

LA CORRESPONDANCE DES LARREY. — Mlle Juliette Dodu, exécutrice testamentaire du baron Hippolyte Larrey, a chargé M. François Bournand de publier, en plusieurs volumes, la correspondance des deux barons Larrey. Le premier de ces volumes paraîtra incessamment.

UN DÉBOUCHÉ POUR LES MÉDECINS. — Par décret en date du 14 septembre 1896, les docteurs en médecine sont compris dans le dernier quart des places de chanceliers stagiaires dans le personnel européen des résidences de l'Annam, du Tonkin et du Cambodge, qui est attribué aux candidats divers. Pour être candidat, il faut avoir satisfait à la loi sur le recrutement, n'avoir pas dépassé l'âge de trente ans et avoir subi les épreuves qui seront déterminées par un arrêté ministériel. Le traitement de chancelier stagiaire est en Europe de 3,000 francs et aux colonies de 6,000 francs. Au point de vue de la pension de retraite, le grade de chancelier stagiaire est assimilé à celui d'aide-commissaire de la marine. Les chanceliers stagiaires peuvent être nommés ultérieurement chanceliers de résidence, vice-résidents, résidents.

DES TITRES ET DES RUBANS. — « La Constitution Française dit : Il n'y aura pas de titres; et en conséquence, toute cette classe d'une génération équivoque, appellée dans certains pays aristocratie, et dans d'autres noblesse, est détruite, et le pair se trouve élevé à la dignité d'HOMME. Les titres ne sont que des surnoms, et tout surnom est un titre. C'est une chose assez innocente en elle-même; mais elle dénote une certaine fatuité dans le caractère humain qui le dégrade. Elle met l'homme au-dessous de lui-même dans les grandes choses, et le rend imitateur des femmes dans les petites. Il parle de son beau ruban bleu, comme une petite fille, et montre sa jarretière neuve comme un enfant. Un certain écrivain de l'antiquité dit : « Quand j'étais enfant je pensais comme un enfant; mais quand je fus homme je quittai mes joujoux. » — Voilà comment s'exprime Thomas Payne dans son livre des *Droits de l'Homme* (p. 88). Ce passage nous a paru intéressant à reproduire. Notre *fin de siècle* ne ressemble guère, au point de vue des titres et des rubans, à la fin du XVIIIe siècle.

IGNORANCE. — « L'ignorance, écrit Th. Payne, est d'une nature toute particulière; une fois dissipée, il est impossible de la rétablir. Elle n'est précisément rien de positif, mais seulement un manque de connaissance; et, quoiqu'on puisse tenir l'homme dans l'ignorance, on ne saurait le faire redevenir ignorant. »

NÉCROLOGIE. — M. le Dr E. TRASTOUR, professeur honoraire de clinique médicale à l'Ecole de Médecine de Nantes, officier de l'Instruction publique. Né à Montaigu (Vendée) en 1828, M. le Dr Trastour occupait une place très en vue dans le corps médical nantais, qui compte tant de praticiens de talent et de professeurs distingués. M. le Dr Trastour était de ceux qui partout et toujours savent affirmer sans hésiter leurs principes religieux. Il laisse à tous le souvenir d'un homme dont la ville peut justement s'honorer. On lui doit un grand nombre de publications dans les journaux de médecine de Paris et de Nantes. — M. le Dr Paul HÉLOT, ancien chirurgien en chef de la maternité de Rouen, reçu en 1870, décédé le 2 septembre d'accidents urémiques. — M. le Dr DEAUSSE (de Paul Saint-Martin). — M. le Dr GRUGARD (de Macon). — M. le Dr TONTU (de Paris). — M. le J.-F. MAC CONNELL, professeur de clinique médicale de Calcutta Medical College. — M. le Dr A. DAGENAIS, professeur d'obstétrique a Laval University de Montréal. — M. le Dr A. LIVEZEY, ancien professeur d'obstétrique au Woman's Medical College of Pennsylvania de Philadelphie. — M. le Dr Harry HODGEN, professeur de chirurgie orthopédique au Saint Louis Medical College. — M. le Dr RAT (d'Argent-sur-Sauldre). — M. le Dr TOURNYS (de Paris).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE AU *PROGRES MÉDICAL*

MANUEL PRATIQUE
DES
MÉTHODES D'ENSEIGNEMENT SPÉCIALES
AUX
ENFANTS ANORMAUX

SOURDS-MUETS, AVEUGLES, IDIOTS, BÈGUES, etc., etc

Par les Docteurs

HAMON DU FOUGERAY et COUËTOUX

Avec une préface du Dr BOURNEVILLE.

Un beau volume in-8 de XVI-304 pages, avec 27 figures et deux cartes. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr. 50

PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE ET CAVITÉ DE RETZIUS

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
HERNIES DE L'OMBILIC & DE LA LIGNE BLANCHE
PAR
le Dr J.-S. DAURIAC

Volume in-8 de 180 pages, avec 17 figures. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

CULLERRE (A.). — L'incontinence d'urine et son traitement par la suggestion. Brochure in-8. de 32 pages. Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . 0 fr. 70

BALLET. — De la Gymnastique Suédoise. Son introduction en Suisse. Organisation et programme de cet enseignement à l'Ecole primaire. Brochure in-8 de 35 pages. — Genève, 1896. — Librairie H. Stapelmohr.

BOHN (A.). — Contribution à l'étude de l'insomnie chez les aliénés, son traitement par les disulfones. Volume in-8 de 108 pages. — Nancy, 1896. — Imprimerie A. Nicolle.

DONADIEU-LAVIT. — Neurasténie et hystérie, sciatique, névrite et névralgie. Brochure in-8 de 42 pages. — Montpellier, 1896. — *Nouveau Montpellier médical.*

STEWART (T.). — Alimentation of the Sick. Brochure in-8 de 6 pages. — New-York, 1895. — *New-York Medical Journal.*

WARFINGE (F.-W.) — Arsbrättelse från Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm. Volume in-8 de LXXVI-207 pages, avec 17 figures dans le texte. — Stockholm, 1896. — Isaac Marcus.

ZIEHEN (Th.). — Leitfaden der Physiologischen Psychologie in 15 Vorlesungen. Volume in-8 de IV-238 pages. — Iena, 1896. — Verlag von G. Fischer.

LANGE (C.). — Periodische Depressionszustände und ihre Pathogenesis auf dem Boden der harnsauren Diathese. Brochure in-8 de 55 pages. — Hamburg und Leipzig, 1896. — Verlag von L. Voss.

PAGOT (S.). — The Surgery of the Chest. Volume in-8 de 477 pages. — Bristol, 1896. — John Wright et Co.

RUHMANNE (L.). — Quelques remarques sur les applications du trional. Brochure in-8 de 6 pages. — Bruxelles, 1896. — *Journal de Neurologie.*

Le Rédacteur-Gérant: BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCCr), RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IV. N° 42. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 17 OCTOBRE 1896.

Le Progrès Médical



CLINIQUE NERVEUSE

L'hérédité en psychopathologie (1);

par le Dr CROCQ fils, agrégé de la Faculté de Médecine de Bruxelles.

La question de l'hérédité en psychopathologie est un des points les plus intéressants de la pathologie générale; elle a été l'objet, depuis longtemps, de multiples travaux et cependant elle est encore bien discutée et bien peu établie. Combien de savants illustres se sont attachés à résoudre le problème de l'hérédité névropathique. Combien d'aliénistes distingués ont consacré leur vie à son étude, sans parvenir à l'éclaircir?

Aussi est-ce avec une certaine appréhension, Messieurs, que j'aborde devant vous cette question épineuse; depuis plusieurs années je poursuis des recherches sur l'hérédité morbide et en particulier sur l'hérédité psychopathique, et si j'ose me permettre de développer devant vous les résultats de ces recherches, ce n'est pas que j'espère être arrivé à résoudre la question que les Pinel, les Baillarger, les Morel, les Esquirol, les Moreau, les Legrand du Saule, etc., n'ont pu élucider d'une manière définitive; mais c'est parce que je pense que la résolution d'une question aussi complexe exige que tous les travailleurs consciencieux signalent leur opinion.

Et tout d'abord, que faut-il englober sous le terme de Psychopathologie, quelles en sont les limites? Il est bien certain que la psychopathologie ne comprend pas seulement les folies confirmées, mais bien toutes les formes de déséquilibration mentale, depuis la démence la plus profonde jusqu'au plus léger trouble psychique. Mais il n'est pas possible de délimiter complètement le champ de la psychopathologie et d'élever une barrière entre la raison et la folie : « Le groupe des dégénérés et des déséquilibrés, dit Dallemagne (2), ne forme pas une espèce définie, unifiée, délimitée, et il est impossible d'en donner d'emblée une définition. Tout au plus peut-on lui assigner une place dans cette zône mitoyenne, faite de tous les états intermédiaires entre la santé et la maladie, la raison et la folie. »

Cullerre (3) fait remarquer que de même qu'en pathologie ordinaire il existe tout un ordre de faits contraires à un juste équilibre de toutes les fonctions organiques et qui pourtant ne caractérisent aucune maladie déterminée; de même, en psychopathologie, il y a un nombre considérable d'états mentaux constituant une zone intermédiaire entre l'exacte pondération de toutes les facultés et les maladies mentales véritables.

Que de gens sont considérés comme normaux, quoique appartenant à la vaste famille des psychopathes! Tels sont les excentriques, les déprimés, les pessimistes, les enthousiastes, les dissipateurs, les débauchés, les obsédés, les impulsifs, etc.

Examinons attentivement dans leur vie intime, les personnes qui nous approchent et nous remarquerons bien vite que presque toutes sont psychiquement anormales: les unes sont emportées, impulsives; d'autres ont une tendance à voir tout en noir; d'autres encore sont originales, débauchées ou enthousiastes; d'autres, enfin, sont obsédées par des idées fixes ou émotives. Et si l'on porte ses investigations sur les individus intellectuellement supérieurs, on remarque que ces tendances psychopathiques sont plus accentuées encore, de telle sorte qu'on peut dire avec Moreau (de Tours) que le génie est une névrose.

Ces quelques mots suffisent pour montrer l'impossibilité d'établir une frontière nette du champ de la psychopathologie; ils suffisent également pour mettre en évidence l'immensité de ce champ, son étendue presque illimitée. Aussi donnerons-nous, à l'exemple de Toulouse(1), au terme psychopathologie le sens le plus étendu, qui est celui de trouble congénital ou acquis, court ou prolongé, des facultés intellectuelles affectives ou volontaires. La psychopathologie, envisagée de cette manière, comprend, outre toutes les formes d'aliénation mentale confirmée, les multiples variétés de dégénérescence psychique et de déséquilibration mentale et en particulier l'hystérie, la neurasthénie, l'épilepsie, la folie raisonnante, etc.

Pour étudier l'hérédité en psychopathologie, nous envisagerons successivement l'hérédité similaire et l'hérédité de transformation.

1. — *Hérédité similaire.* « Il existe une grande cause de l'aliénation, a dit Trélat (2), cause primordiale, cause des causes, l'hérédité, qui fixe cette maladie dans les familles et la rend transmissible de génération en génération. La transmission similaire des psychopathies a été constatée par tous les aliénistes, surtout en ce qui concerne les impulsions, les obsessions et les phobies. Pour l'épilepsie, cette hérédité a été constatée par Maisonneuve (3), Morel et Lasègue (4); Delasiauve (5) prétend ne l'avoir observée que cinq fois sur 300 observations. Au contraire, A. Voisin (6) l'a souvent rencontrée et Echeverria (7), examinant 553 enfants d'épileptiques, en a trouvé 78 atteints du mal sacré et 195 morts de convulsions. Plus récemment les recherches de Féré (8) ont définitivement mis en lumière l'hérédité similaire de l'épilepsie.

L'hystérie se transmet également très souvent des parents aux enfants; mais, ainsi que l'ont fait remarquer Déjerine (9) et Janet (10), la contagion peut agir ici

(1) Communication au Congrès international de Psychologie de [illegible] (1896).
(2) [illegible] Bruxelles, 18[illegible], p. [illegible].
(3) Cullerre. — *Les frontières de la folie.* Paris 18[illegible], p. 24.

(1) Toulouse. — *Les causes de la folie.* Paris, 1895, p. [illegible].
(2) Trélat. — *Des causes de la folie. An. médico-psychol.*, 1856, p. 174.
(3) Maisonneuve. — *Obs. et rech. sur l'épilepsie.* [illegible], p. 86.
(4) Lasègue. — *De l'épilepsie par malformation du crâne. Et. méd. I*, p. 885.
(5) Delasiauve. — *Traité de l'épilepsie*, 1884, p. 189.
(6) A. Voisin. — Art. *Epilepsie* [illegible]. *Dict. de Méd. et de Chir.*, XIII, 187[illegible], p. [illegible]2.
(7) [illegible] — [illegible]
(8) Féré. — *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890, p. 241.
(9) Déjerine. — [illegible] *système nerveux*, 1886, p. [illegible].
(10) Pierre Janet. — [illegible] 1 vol. [illegible]

très puissamment et l'on peut admettre que les enfants qui voient journellement leurs parents en proie aux attaques les imitent inconsciemment.

Le rôle de l'hérédité similaire est réel; nous ne pouvons admettre avec certains auteurs que ce facteur est indiscutable; mais nous sommes les premiers à reconnaître que la transmission similaire est loin d'avoir l'importance de la transmission avec transformation. C'est là un point sur lequel nous avons insisté déjà en 1893 et en 1894 dans les travaux intitulés : *L'unité de la diathèse et l'hérédité morbide* (*Revue de Médecine*, août 1893); *La folie diathésique* (*Gazette hebdomaire de médecine*, juin 1894); *Transformation héréditaire des maladies diathésiques* (*Gazette hebdomadaire de médecine*, septembre 1894).

II. — *Hérédité de transformation.* Nous appelons hérédité de transformation ce que les auteurs désignent généralement sous le nom d'hérédité dissemblable, car, ainsi que le font remarquer Sanson (1) et Toulouse (2), l'hérédité ne peut être dissemblable, étant incapable de transmettre au descendant autre chose que ce qui existe chez l'ascendant.

L'idée de l'hérédité de transformation n'est pas neuve. Moreau (de Tours) (3) déjà, remarqua que, dans les familles d'aliénés, à côté des fous véritables, se rencontrent des individus bizarres, mobiles, versatiles, extravagants.

Morel alla plus loin que Moreau. « On risquerait de se faire une fausse idée de l'hérédité, dit-il (4), si on ne l'envisageait au point de vue de ses transformations qui ouvrent un champ si vaste au pronostic et au traitement des maladies nerveuses. »

Trousseau, dans ses leçons cliniques, dit (5) : « Rappelez-vous ces faits, messieurs; ils se rattachent à une grande question, celle de la transformation des affections morbides les unes dans les autres; c'est là un vaste sujet que je ne saurais aborder ici, car il comporte tout un important chapitre de pathologie générale.

« En nous limitant à ce qui nous occupe aujourd'hui, rappelez-vous que les dartres, les douleurs rhumatismales, la goutte, la gravelle, les hémorroïdes, la migraine et l'asthme, expressions différentes d'une même diathèse, peuvent se remplacer les unes les autres : à mesure que vous avancerez dans la pratique, vous n'aurez que trop souvent occasion de vérifier l'exactitude de cette proposition. »

On sait que Pidoux considérait la tuberculose comme l'aboutissant de toutes les maladies diathésiques : « Non seulement, dit-il (6), la tuberculose est héréditaire en ce sens que des parents phtisiques peuvent engendrer des enfants phtisiques, mais en ce sens plus large et plus commun encore que beaucoup de maladies constitutionnelles, que toutes même sont susceptibles d'aller se terminer dans la tuberculose pulmonaire, et y vont, en effet, très souvent; d'où résulte un double mode de propagation héréditaire : l'un direct, l'autre indirect; le premier de la phtisie par elle-même, le second de la phtisie par d'autres maladies très différentes, qui préparent sa formation, et dont, ainsi que je le disais tout à l'heure, elle devient comme la scorie plus ou moins organisée. »

(1) Sanson. — *L'hérédité normale et pathologique*, 1893, p. 2.
(2) Toulouse. — *Ouvr. cité*, p. 30.
(3) Moreau (de Tours). — *Psychol. morbide*, 1859.
(4) Morel. — *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 115.
(5) Trousseau. — *Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1862, p. 188.
(6) Pidoux. — *Introduction à une nouvelle doctrine de la phtisie pulmonaire*. Paris, 1865, p. 7 et suiv.

En partant de ce principe, Pidoux divise les maladies chroniques en trois grandes classes :

1° Les maladies chroniques capitales ou initiales;
2° Les maladies chroniques mixtes ou intermédiaires;
3° Les maladies chroniques ultimes ou organiques.

La première classe renferme trois maladies : l'arthritisme (rhumatisme, goutte), la scrofule (écrouelles, strumes, lymphatisme), la syphilis.

La seconde classe renferme de nombreuses maladies caractérisées par une grande opiniâtreté de fonds; ce sont : les phegmasies chroniques de la peau et des muqueuses, les névralgies, les névroses pures. Pidoux designe ces maladies sous le nom d'herpétisme.

La troisième classe comprend les altérations qui épuisent la série des maladies chroniques. « Je place ici, dit Pidoux, non seulement, comme on a l'habitude de le faire, les tubercules, les cancers, les affections organiques du cœur, du cerveau, des reins, du foie, des ovaires, etc., mais encore ce que j'appelle les névroses graves, ces tristes maladies des centres nerveux, fécondes en paralysies, en désordre profond des actions intellectuelles, sensitives et motrices, dans lesquelles on voit les tissus spéciaux qui président aux fonctions les plus nobles de l'économie, détruits et remplacés par des éléments organiques communs. »

« Les maladies chroniques capitales, dit-il encore, et les maladies chroniques mixtes et bâtardes ne se maintiennent pas indéfiniment dans leur nature, leur siège, leurs formes natives, comme les espèces naturelles en zoologie. Elles se transforment, elles dégénèrent; et de l'affaiblissement de leur vigueur et de leur franchise primitive, naissent, par voie de substitution rétrograde, des maladies radicalement différentes aux yeux des nosologistes. »

Plus récemment Féré (1), Déjerine (2), Joffroy (3), Raymond et Sérieux (4), Charcot, Ball, Régis (5), etc., ont repris et considérablement développé la théorie de l'hérédité de transformation des maladies nerveuses.

C'est grâce à la conception de l'hérédité de transformation que les statistiques ont tant changé depuis Morel jusqu'à nous; pour Morel (6) la proportion des cas d'hérédité dans l'étiologie des psychoses est de 20 0/0; pour Esquirol (7), elle est de 24 0/0; pour Guislain (8), elle est de 45 0/0; pour Moreau (de Tours) (9), elle est de 90 0/0. Mais le rôle des prédispositions héréditaires dans l'étiologie de la psychopathologie ne se borne pas à l'hérédité névropathique; en d'autres termes, la transformation des maladies passant des parents aux enfants ne se manifeste pas seulement pour les maladies du système nerveux, mais bien pour toutes les maladies que nous avons englobées sous le nom de *diathésiques* dans un travail paru en 1893 dans la *Revue de Médecine*.

(1) Féré. — *La famille névropathique*. Arch. de Neur., 1884; La famille névropathique, Paris 1894.
(2) Déjerine. — *Op. cit.*
(3) Joffroy. — *Nature et traitement de goitre exophtalmique. Progrès méd.*, 1874.
(4) Raymond et Sérieux. — *Goitre exophtalmique et dégénérescence. Revue de méd.*, 1892.
(5) Ball et Régis. — *Les familles des aliénés au point de vue biologique*. Encéphale, 1883.
(6) Morel. — *Op. cit.*, p. 114.
(7) Esquirol. — *Des maladies mentales*, 1837.
(8) Guislain. — *Leçons orales sur les phrénopathies*, 2e édition, 1880, I. p. 435.
(9) Moreau. — *In* Legrand du Saulle. — *La folie héréditaire*, 1873, p. 5.

Qu'entendons-nous par maladie diathésique? Bouchard considère la diathèse comme: « un trouble des mutations nutritives, qui prépare, provoque et entretient des maladies différentes, comme forme symptomatique, comme siège anatomique, comme processus pathologique. »

Cette définition est la meilleure que j'ai trouvée dans les auteurs; elle me parait cependant présenter une lacune: la diathèse est certes un trouble des mutations nutritives; mais sous l'influence de quelle force la nutrition est-elle modifiée?

Il est bien évident que la diathèse ne peut être confondue avec la maladie: celle-ci est *caractérisée par une évolution*, une marche; celle-là ne possède pas d'évolution: c'est un *état* particulier de l'organisme.

La diathèse n'est pas non plus la prédisposition; celle-ci est une aptitude particulière en vertu de laquelle nous sommes atteints par telle maladie plutôt que par telle autre; *la diathèse crée toujours des prédispositions, mais les prédispositions ne constituent pas toujours la diathèse.*

La *constitution* d'un individu, c'est *ce qui constitue son fond de force ou de faiblesse, son degré de force de réaction contre les agents morbides*; le *tempérament* est un *état constitué par la prédominance d'un appareil de l'organisme.*

La diathèse n'est ni la maladie, ni la constitution, ni le tempérament, ni la prédisposition; elle est un *état morbide*, caractérisé par des troubles des mutations nutritives. Il paraît indiscutable que le système nerveux préside à tous les échanges nutritifs; il semble dès lors certain que les troubles nutritifs permanents sont liés à des troubles permanents du système nerveux, qui dépendent de véritables dégénérescences de ce système.

Et, en vérité, la dégénérescence et la diathèse possèdent de nombreuses connexions: toutes deux sont des états morbides éminemment héréditaires.

Nous basant sur ces faits, nous avons défini la diathèse: *un état morbide, éminemment héréditaire, caractérisé par une altération du système nerveux amenant à sa suite des troubles intellectuels ou nutritifs plus ou moins profonds et donnant lieu aux maladies diathésiques.*

Mais quelles sont les maladies qui dépendent directement de la diathèse? On sait que les anciens auteurs admettaient une foule de diathèses; plus récemment s'est manifesté une tendance à restreindre le champ des diathèses. Hallopeau n'en admet que trois: la scrofule, l'arthritisme et l'herpétisme; Bouchard n'en reconnaît que deux: l'arthritisme et la scrofule, enfin Lancereaux croit que l'on ne peut considérer comme diathésiques que l'herpétisme et la scrofule.

Cette tendance à restreindre le rôle des diathèses est plus factice que réelle, car Hallopeau, Bouchard et Lancereaux, sous les noms d'arthritisme et d'herpétisme, désignent de nombreuses maladies diathésiques telles que: l'obésité, le diabète, la goutte, la gravelle, la lithiase biliaire, le rhumatisme.

Il y a donc une véritable tendance à réunir les diathèses sous une dénomination commune et à les considérer comme provenant de causes semblables. Cette tendance s'impose par l'observation des faits; elle ne dépend pas d'une simple vue de l'esprit, mais bien de constatations immuables et constantes.

Nous avons été plus loin encore dans cette voie (1); nous avons montré pourquoi nous n'admettons qu'une diathèse, la diathèse, pouvant donner naissance à des maladies diathésiques nombreuses.

La diathèse constitue l'état morbide dégénératif, permettant aux maladies diathésiques de se développer; la diathèse, en somme, constitue le terrain favorable au développement de ces affections. Nous nous sommes efforcé, en 1893, dans notre travail publié dans la *Revue de Médecine*, de montrer quelles sont les maladies qu'il faut considérer comme diathésiques; nous ne pouvons recommencer cet exposé; nous nous contenterons d'énumérer ces affections. Ce sont: l'hémophilie, les hémorrhoïdes, les varices, les anévrysmes, la scrofule, la tuberculose, le cancer, le rhumatisme, la goutte, la lithiase biliaire, la gravelle, le diabète, l'obésité, le rachitisme, l'ostéomalacie, l'herpétisme, l'apoplexie, les névroses, l'aliénation mentale, les maladies du cœur, la chlorose, la migraine, les névralgies, le fibrome, le lymphadénome, le sarcome, l'artério-sclérose et les convulsions. Ces maladies sont nombreuses; mais toutes semblent dépendre d'une cause commune.

Pourquoi ne donnons nous pas, avec les auteurs modernes, le nom d'arthritiques à ces maladies? Bouchard appelle maladies arthritiques celles qui sont caractérisées par un ralentissement de la nutrition; c'est-à-dire le rachitisme, l'ostéomalacie, l'obésité, la lithiase biliaire, la goutte, le rhumatisme, le diabète; il les appelle arthritiques ou bradytrophiques, parce qu'elles sont constituées par un trouble nutritif. Ce n'est pas là le seul motif qui engage Bouchard à employer une dénomination commune pour désigner ce groupe morbide; c'est encore et surtout la parenté qui unit les différentes maladies qui le composent. Cet auteur fait, en effet, très bien ressortir combien souvent l'obésité, la lithiase biliaire, le rhumatisme, la goutte et le diabète s'engendrent mutuellement.

Nous verrons qu'il faut admettre un bien plus grand nombre de maladies parmi celles qui possèdent cette parenté; toutes les affections que nous avons appelées diathésiques sont dans ce cas.

Nous devrions dès lors appeler arthritiques ou bradytrophiques la longue série des maladies diathésiques que nous venons de parcourir; nous n'admettrions dans ce cas qu'une diathèse, l'arthritisme.

Nous préférons, pour éviter toute confusion, appeler cet état *la diathèse* ou trouble dégénératif du système nerveux.

L'exposé précédent était nécessaire, Messieurs, pour vous montrer comment on doit, à notre avis, comprendre le rôle de l'hérédité en psycho-pathologie.

Non seulement nous croyons que les psychoses peuvent, par transformation héréditaire, avoir pour cause l'existence chez les antécédents d'affections névropathiques; mais nous élargissons cette conception et nous sommes persuadé qu'elles proviennent de l'état diathésique des familles. Cet état diathésique, pouvant donner naissance à toutes les maladies que nous avons admises sous la dénomination de maladies diathésiques, on comprend comment nous considérons ces dernières comme faisant toutes partie d'une vaste famille morbide reconnaissant toutes une cause identique, la dégénérescence du système nerveux, et, par suite, l'altération de la nutrition. C'est ainsi que l'on voit, dans certaines familles, un père aliéné donner naissance à plusieurs enfants qui ne présentent jamais aucun trouble psychique, mais dont l'un est goutteux, l'autre tuberculeux, un troisième cancéreux, un quatrième cardiaque et ainsi de suite. Et ces exemples ne sont pas rares; j'en ai observé des cen-

(1) Crocq fils. — *L'unité de la diathèse et l'hérédité morbide*; in *Revue de Médecine*, 1893, p. 674.

taines! Ces particularités ne sautent pas toujours aux yeux; il faut examiner avec soin les généalogies pour s'en rendre compte et ne pas se baser sur certains faits en apparence contraires à notre théorie pour la repousser. On ne peut, à ce sujet, se prononcer sur une famille avant de l'avoir observée longtemps. Parmi les nombreuses généalogies morbides que j'ai pu relever, je prends l'exemple d'un tabétique qui eut sept enfants; un de ces derniers mourut en bas-âge de convulsions; les six autres grandirent parfaitement et jouirent même d'une santé des plus florissantes; tous étaient de solides gaillards. Mais en eux sommeillait l'état diathésique qui leur réservait tôt ou tard une surprise: une fille mourut à 24 ans de fièvre typhoïde; un fils mourut à 35 ans aliéné; un autre mourut à 40 ans d'un cancer gastrique; un autre succomba à l'âge de 26 ans de tuberculose pulmonaire; les deux autres vivent encore, mais sont-ils pour cela intacts de toute tare diathésique? Non, l'un d'eux est obèse; l'autre paraît normal, il est âgé de 40 ans, et nous ne savons ce que l'avenir lui réserve.

Ce n'est pas là un exemple unique; depuis quatre ans que nous nous occupons de l'hérédité diathésique, nous avons pu en noter des centaines. Il est bien certain que toutes les familles ne sont pas tarées à ce point; il faut tenir compte du croisement des familles et de la profondeur de la dégénérescence diathésique. Il est bien certain que si un aliéné s'unit à une femme dont la famille n'est pas entachée de dégénérescence ou l'est à un faible degré, les enfants pourront être atteints moins profondément par la diathèse, ou bien, qu'à côté d'enfants fortement atteints, pourront s'en trouver d'autres parfaitement bien portants.

Il est bien évident que l'on ne peut établir de règle fixe pour ce qui concerne l'hérédité; il faut tenir compte d'une foule de facteurs qui peuvent passer inaperçus à à première vue, mais qui s'expliquent souvent clairement par un examen attentif.

Pour ce qui concerne la profondeur de la dégénérescence diathésique, il y a certes des règles bien marquées; parmi les nombreuses familles atteintes par cet état morbide, il en est qui le sont légèrement, alors que d'autres le sont à un très haut degré. Sans pouvoir établir de classes bien distinctes parmi les maladies diathésiques, nous avons observé que celles qui caractérisent une dégénérescence très profonde des familles sont: la tuberculose, le cancer, l'aliénation mentale, le diabète, les maladies organiques du système nerveux, les névroses, les maladies du cœur, l'hémophilie; les autres maladies diathésiques, bien que pouvant se rencontrer également dans ces familles, grâce aux croisements, caractérisent plutôt les familles moins atteintes. Consultez la généalogie des cancéreux et des aliénés et vous constaterez comme moi l'existence d'une profonde dégérescence de leur famille.

Je prends au hasard quelques observations que j'ai publiées en 1894:

Elise E..., de l'Obs. LXXX, est atteinte de cancer du sein; son père est mort de cancer gastrique; un frère est mort de convulsions, un autre de tuberculose pulmonaire; deux tantes paternelles ont eu un cancer du sein; cinq sont mortes aliénées; deux cousins germains sont fous.

Marie D..., de l'Obs. LXXXII, est atteinte de carcinome gastrique; son père avait un eczéma chronique; sa grand'mère paternelle est morte folle; un oncle paternel est mort d'apoplexie, une tante d'anévrysme de l'aorte; de six enfants ils restent à deux; sa sœur tousse et crache abondamment.

Marie P..., de l'Obs. LXXXV, est atteinte de carcinome gastrique; son père est mort aliéné; deux oncles paternels sont morts tuberculeux, une tante était épileptique. Un frère de la malade est mort aliéné, le second alcoolisé; une sœur est morte de cancer du sein, l'autre de tuberculose pulmonaire.

Famille de P..., Obs. CXLVII: le grand-père est goutteux, la grand'mère est bien portante; ils ont eu deux filles, dont l'une, bien portante, n'a pas d'enfants; la deuxième vient de mourir de cancer du rectum; elle avait des hémorroïdes et a eu un rhumatisme articulaire, qui a complètement disparu lors de l'apparition du cancer. Elle a eu deux enfants, dont l'un, l'aîné, a des tics choréiques; il est marié et n'a pas d'enfant; l'autre, la plus jeune, a eu des fistules à l'anus.

Marie D..., Obs. CXLVIII, est atteinte de cancer anal. Son père est mort à 67 ans d'un cancer de l'œsophage, sa tante est morte d'un cancer anal, une autre est innocente, sa sœur est hystérique, son frère tuberculeux.

Marie V..., Obs. CXLIX, âgée de 40 ans, est atteinte de cancer utérin. Son père est mort très vieux, sa mère est morte d'apoplexie à 60 ans, un oncle maternel était goutteux, une tante hystérique. Elle a eu trois frères et sœur; un frère est mort d'alcoolisme, l'autre est diabétique, sa sœur est bien portante.

Famille X..., Obs. CL: grand-père mort à 85 ans de vieillesse; grand-mère morte à 70 ans de cancer gastrique; cinq enfants dont un est mort de tuberculose pulmonaire:

1° Fille obèse épouse un homme qui meurt de myélite; sept enfants dont trois fils sont aliénés, une fille est morte de fièvre typhoïde;

2° Fille vivante a eu un rhumatisme articulaire intense, épouse un homme sain, six enfants, dont une fille meurt de tuberculose pulmonaire; deux fils sont mal équilibrés; une fille est sujette aux migraines; l'autre est bien portante, mais penche vers l'obésité; enfin le dernier fils est rhumatisant et hémorroïdaire;

3° Fils vivant, sujet aux congestions cérébrales dès l'âge de 23 ans, obèse, rhumatisant, bronchiteux, épouse une femme qui a été tuberculeuse; six enfants, dont un est mal équilibré et a été tuberculeux; tous les autres sont chétifs, mais semblent ne rien avoir;

4° Fille hystérique, épouse un homme sain, a deux enfants; sa fille est obèse, son fils paraît normal.

Nous pourrions multiplier à l'infini les exemples, car ce n'est pas en nous basant sur quelques observations que nous croirions pouvoir émettre une théorie. Nous ne pouvons ici qu'en donner un résumé et bien montrer que l'hérédité psychopathique se résume toute entière dans l'hérédité diathésique.

L'étiologie de la diathèse doit certes comprendre au premier rang l'hérédité morbide; il arrive cependant quelquefois que l'état diathésique, la dégénérescence du système nerveux soit acquise. Baumnes déjà signale ce fait: « Certaines diathèses, dit-il, peuvent aussi, mais rarement être véritablement acquises, c'est-à-dire, se développer après la naissance, sous l'influence de causes externes plus ou moins appréciables, et sans que les individus affectés aient une prédisposition héréditaire à les contracter. »

Grisolle signale le même fait: « Toutes peuvent être acquises, dit-il, et elles naissent presque toujours lentement, le plus souvent sans cause appréciable, au milieu des conditions extérieures les plus diverses, quelquefois manifestement sous l'influence de modifications hygiéniques déterminées. »

« Tout d'abord, dit Castan, nous ferons remarquer qu'il ne faut chercher les causes de la diathèse que parmi les conditions qui exercent une influence lente et continue: on comprend, en effet, que la modification du tempérament, la création d'un tempérament morbide, ne peut se faire que peu à peu. »

Toutes les maladies diathésiques peuvent être acquises, et les facteurs étiologiques, loin d'être souvent inappréciables, comme le dit Baumnes, sont dans ce cas

très puissants : il faut, en effet, pour modifier aussi profondément un système nerveux normal des agents dont l'action puissante et prolongée atteint directement les centres nerveux.

C'est ici que nous devons faire intervenir l'impaludisme, la syphilis, l'hydrargyrisme, le saturnisme, l'arsénicisme, etc., comme facteurs capables de créer des familles diathésiques. Certains auteurs ont placé la syphilis et l'impaludisme parmi les diathèses ; nous ne pouvons les considérer comme résultant de la diathèse, car elles ne sont jamais produites que par leur microbe ; mais ces intoxications créent la diathèse, la dégénérescence, chez les descendants de ceux qui en ont été atteints. La même remarque s'applique aux autres intoxications qui, bien que résultant de poisons inorganiques, agissent non moins puissamment sur les centres nerveux que les infections chroniques.

C'est ici que doivent être rapportés les nombreux cas de saturnisme et de syphilis, qui sont le point de départ de l'établissement de la diathèse.

Conclusions. — L'hérédité psychopathique peut être similaire ; mais elle se manifeste bien plus souvent sous la forme d'hérédité de transformation. Cette dernière dépend de l'état diathésique qui n'est lui-même qu'un état morbide, éminemment héréditaire, caractérisé par une altération du système nerveux amenant à sa suite des troubles intellectuels ou nutritifs plus ou moins profonds qui sont les maladies diathésiques.

Les maladies diathésiques sont nombreuses, mais, toutes, elles reconnaissent comme cause la dégénérescence diathésique ; toutes font partie d'une même vaste famille morbide. C'est ainsi que toutes les maladies, ayant pour cause la diathèse, se transforment mutuellement l'une dans l'autre en passant des parents aux enfants.

Pour ce qui concerne la psychopathologie, toutes les maladies diathésiques sont susceptibles de se transformer héréditairement en psychoses ; celles-ci, d'autre part, se transforment fréquemment en toutes les formes sous lesquelles se présentent les manifestations de la diathèse.

Il n'y a qu'une diathèse, la diathèse ; c'est l'état morbide, l'état de dégénérescence spécial, inné ou acquis, qui engendre les nombreuses maladies diathésiques et en particulier les psychopathies.

Ecole préparatoire de médecine de Dijon. — Un concours s'ouvrira le 5 avril 1897 devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite école.

Ecole préparatoire de médecine de Rennes. — Un concours s'ouvrira le 5 avril 1897 devant l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes par l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d histologie à ladite école. Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

M. le Dr Bodin est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales. — M. le Dr Le Moniet est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Récompenses. — Les récompenses suivantes ont été accordées aux docteurs dont les noms suivent, pour services rendus aux cours d'adultes et d'adolescents, comme professeurs ou conférenciers : *Diplômes d'honneur*. MM. Picqué (de Châtillon-de-Michaillé), Guillermet (de Saint-Germain-de-Joux), Fugairon (de Savignac), Canac (de Cassagnes-Bégonhès), Leneuveu (de Trouville-sur-Mer), Perceau (de Nérondes), Dufour (d'Allassac), Mordagne (de Tourny), Dussac (de Saint-André), Veillard (de Meung), Denances (de Varennes), Batlle (de Perpignan), Dupuy (de Saint-Denis-sur-Seine), Durand d'Arcueil), Amirault (de Loudun), Fillroulaud (de Pierrebuffière), Chotier (de Noyers).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Assistance chirurgicale instantanée.

Les fêtes en l'honneur du Czar ont remis pour quelques jours au chapitre de l'actualité les secours rapides en cas d'accidents dans les grandes villes. Nos lecteurs se souviennent de la campagne que, pour Paris, nous avons menée dans ce journal, campagne qui a été couronnée par un vote du Conseil municipal, et par la nomination d'une Commission mixte, où nous avons pu jusqu'ici faire triompher nos idées, grâce à l'appui indépendant et convaincu du Pr Félix Terrier, qui, seul, parmi les chirurgiens parisiens, a bien voulu nous encourager de sa parole autorisée dans la voie périlleuse où nous étions entré. Pour l'Exposition de 1900, nous avons, au contraire, piteusement échoué, grâce à la coalition puissante d'intérêts plus ou moins avouables ; et, à ce sujet, les plus extraordinaires extravagances ont été proclamées des bureaux du Champ de Mars au monde médical étonné ! Que nous importe ? On a dû compter avec notre intervention et transiger au moins avec les errements anciens.

De plus, sous peu, la session de 1896 du Congrès de Chirurgie va s'ouvrir ; et nous croyons savoir que le 19 octobre prochain, dans son discours d'inauguration, M. le Pr Terrier, président, reviendra de nouveau sur cette question, qui est bien loin d'être vidée.

Nous ne voulons pas, aujourd'hui, insister sur les idées que notre cher maître défendra à son tour avec toute l'autorité qui s'attache à son nom ; mais on nous permettra bien d'ajouter que la province n'est pas demeurée indifférente au mouvement venu de Paris. Nous avons, il y a quelques mois, consacré dans ces colonnes de longs articles à un projet pour Nantes, et nous apprenons qu'au Havre, notre ami Sorel continue de son côté la campagne. Il a même exposé, à l'Exposition de Rouen, les plans d'un projet d'Hôpital de Prompts Secours pour la ville où il exerce, et doit bientôt y faire une conférence pour vulgariser nos idées dans le grand public normand.

D'autre part, on s'occupe de divers côtés de perfectionner le matériel nécessaire. De temps en temps, on nous soumet des projets de voitures, automobiles ou autres, (pourquoi n'abandonnerait-on pas franchement, dès aujourd'hui, les chevaux dont l'entretien coûte si cher, puisque les voitures à pétrole ont fait leurs preuves ? , de brancards perfectionnés, etc., etc. Nous attirons l'attention de l'Administration sur ces tentatives très méritoires, car peut-être ne les connaît-elle pas toutes ? Les timides n'osent pas toujours s'adresser aux grands ministres et s'attardent souvent dans les antichambres. Il serait bon pourtant que leurs efforts soient remarqués et leur voix entendue.

M. B.

Le Congrès français de Chirurgie.

Session d'Octobre 1896.

La prochaine session du Congrès français de Chirurgie va s'ouvrir lundi prochain 19 octobre, à Paris. La séance d'ouverture aura lieu à 2 heures, sous la présidence de M. le Pr Terrier. Le lendemain mardi sera discutée la première question mise à l'ordre du jour, la *thérapeutique chirurgicale des pieds bots*, après la lecture du travail de M. Forgue, rapporteur.

Il est difficile de résumer ce long et consciencieux mémoire, le traitement des pieds bots étant un des chapitres les plus complexes de la chirurgie. Mais on peut dire que tous les progrès de la chirurgie moderne, pour cette question pratique au premier chef, ont pour bases, d'une part,

une connaissance plus exacte des conditions anatomiques et pathogéniques et l'emploi des méthodes conservatrices, et, d'autre part, les résultats fournis par l'asepsie, qui permet désormais les interventions où l'on voit clair et où l'on n'agit pas à l'aveugle.

La seconde question à l'ordre du jour est: *Traitement des prolapsus génitaux*. Elle a été tracée de main de maître par M. Bouilly, qui est la prudence même. Cet auteur range ainsi les degrés du prolapsus génital, pour lesquels on a utilisé les interventions les plus variées : 1° Colpocèle antérieure ; 2° Colpocèle postérieure, compliquée parfois de prolapsus de la paroi rectale antérieure. Il s'y ajoute souvent alors de la Cystocèle. 3° Quand les lésions sont plus accentuées, il y a chute du vagin avec abaissement de l'utérus et ordinairement allongement hypertrophique sus-vaginal du col ; 4° Prolapsus de l'utérus et du vagin sans allongement du col.— Mais, en réalité, au point de vue opératoire, il n'y a guère que deux espèces : 1° Les prolapsus vaginaux. 2° Les prolapsus totaux. L'on doit ranger à côté de ces lésions l'allongement hypertrophique sous-vaginal du col, quoique dans ce cas il n'y ait pas en réalité prolapsus.

Pour les autres séances du Congrès, de nombreuses communications sont annoncées. Nous ne pouvons en donner la liste complète, qu'on trouvera dans le programme détaillé adressé à tous les membres du Congrès et nous nous bornerons à rappeler que le Banquet aura lieu, comme d'ordinaire, le jeudi 22 octobre, à 7 heures du soir, et l'Assemblée générale le vendredi soir, à 2 heures. Dans la salle de correspondance seront exposés les divers instruments envoyés au Secrétariat général. M. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 octobre. — Présidence de M. Hervieux.

L'alcoolisme chez les enfants.

M. Lancereaux rapporte deux observations des plus importantes, montrant l'influence néfaste qu'exerce sur la croissance l'alcoolisme chez les enfants. Une fillette de 13 ans et demi, fille de père et de mère alcooliques, prenant, depuis l'âge de 3 ans, un demi-litre de vin par jour, offre l'apparence d'une enfant de 8 ans. De plus, foie énorme, rate volumineuse, ascite albumineuse et accidents d'urémie. Une fillette de 14 ans, fille également d'alcooliques, paraît à peine 6 ans. Elle n'a que 97 centimètres de taille. A 22 mois, elle buvait du vin coupé d'eau, à 7 ans, pour fortifier son estomac qui protestait, de la chartreuse et du byrrh. Elle, aussi, offre un foie et une rate grosses, des accidents d'urémie. De plus, elle a des signes manifestes de névrite avec prédominance de l'atrophie aux membres inférieurs. L'expérimentation sur de jeunes lapins a confirmé pleinement cette action de l'alcool sur la croissance. A côté du rôle sur la criminalité, la folie, l'idiotie, ce rôle spécial devait être signalé. La diminution de la taille signalée par les conseils de revision semble en rapport avec les progrès constants de l'alcoolisme.

Histoire de la vaccine en France.

M. Hervieux lit un mémoire montrant la part prise successivement par le duc de la Rochefoucauld-Liancourt, Lucien Bonaparte, Chaptal, Hallé, Frochot, à la propagation en France de la découverte de Jenner à partir de 1800.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 octobre 1896. — Présidence de M. d'Heilly.

Serodiagnostic de la fièvre typhoïde.

M. Widal a constaté que, durant la convalescence de la fièvre typhoïde, la réaction agglutinative du sérum sur les cultures s'atténuait et même disparaissait. Cependant chez un malade qui avait été gravement atteint, il vit cette disparition ne s'effectuer qu'au bout de six mois. M. Widal a recherché s'il y a des rapports entre le pouvoir bactéricide et la propriété agglutinative. Stern a prétendu que le pouvoir bactéricide disparaissait durant la convalescence. Les expériences instituées par M. Widal permettent de conclure que le pouvoir bactéricide est des plus variables. A son avis, l'immunité existe surtout durant la convalescence et l'agglutination se manifeste surtout durant l'infection.

M. Catrin annonce que ses nombreuses recherches confirment absolument les résultats obtenus par M. Widal.

M. Rendu demande si le phénomène agglutinatif ne présente pas de modications dans les rechutes de la fièvre typhoïde.

M. Catrin ne peut être affirmatif à ce sujet.

M. Achard a eu l'occasion d'observer que la propriété agglutinative augmentait au moment de la rechute. J. Noir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 octobre 1896. — Présidence de M. Ch. Monod.

M. le Président fait part à la Société du décès de M. le Dr Nicaise, ancien président de la compagnie.

La séance a été aussitôt levée en signe de deuil (1).

Séance du 14 octobre 1896. — Présidence de M. Monod.

M. Delens lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Nicaise au nom du corps chirurgical des hôpitaux.

Tarsectomie postérieure.

M. Félizet rappelle qu'il a décrit, dès 1893, un procédé de tarsectomie postérieure pour la tuberculose du pied. Or, M. Landerer vient de le réinventer cette année. M. Félizet proteste contre de telles habitudes.

Dilatation rectale.

M. Berger se félicite de voir M. Reclus devenu l'un des défenseurs de la dilatation pour les rétrécissements du rectum. Dans beaucoup de cas, cette méthode lui a donné d'excellents résultats, en particulier dans les rétrécissements dits syphilitiques. M. Berger insiste sur la lenteur avec laquelle il faut procéder et une manœuvre spéciale, qui indique qu'il y a certainement un élément spasmodique dans ces rétrécissements. La dilatation n'agit que contre la sténose et non pas sur la rectite elle-même. Aussi faut-il lui associer les lavages intra-rectaux avec une solution de nitrate d'argent. Le drainage permanent du rectum peut donner des succès. La dilatation a des contre-indications, en particulier les graves accidents fébriles, accompagnés de douleurs, sorte de grands accès infectieux avec frissons (péritonisme, etc.). On doit éviter ce procédé chez les malades très affaiblis et infectés ; chez eux la rectotomie postérieure est seule de mise. Quand la suppuration rectale est très abondante et que les douleurs sont très intenses, la dilatation ne suffit plus. Quand le rétrécissement est situé très haut, elle est aussi insuffisante. Dans ces circonstances il vaut mieux faire la rectotomie postérieure que l'extirpation du rétrécissement. Quoique ce ne soit qu'une opération palliative, elle vaut encore mieux que l'ablation du rétrécissement, qui n'a donné jusqu'ici que des résultats éloignés peu satisfaisants.

M. Quénu. — Quels que soient les moyens qu'on emploie ; le rétrécissement dit syphilitique du rectum reste encore au-dessus des ressources de l'art médical et chirurgical. M. Quénu pense que dans les cas sérieux l'anus contre nature est l'opération qui donne les meilleurs résultats. La rectotomie n'est pas du tout encourageante. L'extirpation récidive quelquefois, cela est certain ; mais les malades en retirent souvent

(1) Nous nous permettrons de faire remarquer que le 7 octobre, la Bourse de Paris avait fermé ses portes et que c'était fête nationale en France ! On aurait pu ne pas l'oublier ni à l'Académie de Médecine ni à la Société de Chirurgie. — Mais il est dit que toutes nos Sociétés savantes imiteront l'Institut. Peut-être ont-elles cru un instant que la Tzarine leur rendrait visite ? Toutes les reines étant forcément collègues, c'était bien en effet la moindre des choses... Le protocole a manqué une fois de plus à ses devoirs.

des bénéfices réels. Dans les cas limités, cette intervention est parfaitement de mise.

M. REYNIER partage les idées de M. Berger. Il rappelle l'observation d'une malade de Gosselin, suivie pendant trente ans, qui semble montrer quelle est la pathogénie probable du rétrécissement syphilitique du rectum.

M. SCHWARTZ cite un fait qu'il a pu observer pendant douze ans. Il emploie la dilatation, la rectotomie et la colostomie.

M. RECLUS insiste sur les difficultés réelles de la dilatation progressive. Mais ces difficultés diminuent beaucoup, quand on utilise la *cocaïnisation* préalable. Il a deux observations très probantes à ce sujet. On obtient, grâce à cette petite manœuvre, des résultats plus rapides. Il traite la rectite à l'eau très chaude chargée de goudron.

M. ROUTIER présente un instrument constitué par une *canule en caoutchouc à double manchon et à double courant*, destinée à faire une sorte de bain chaud intra-rectal : ce qui calme la congestion des prostatiques (1).

Marcel BAUDOUIN.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — La sérothérapie de la fièvre typhoïde. Etude expérimentale; par le Dr M. FUNCK. — Bruxelles, H. Lamartin, édit., 1896.

I. — Les merveilleux résultats obtenus par Behring et Roux contre la diphtérie ont provoqué des recherches sérothérapiques nombreuses. M. Funck, directeur de l'Institut sérothérapique de Bruxelles, s'est surtout attaché à la fièvre typhoïde. Le mémoire qu'il publie à ce sujet est une monographie complète du bacille typhique et de sa toxine. A l'exposé et à la critique des travaux publiés jusqu'alors, M. Funck ajoute de nombreuses et de délicates expériences personnelles. Il conclut de ces expériences que le sérum d'animaux immunisés au moyen de cultures typhiques possède toutes les propriétés reconnues au sérum anticholérique par Pfeiffer, à savoir : qu'il protège contre l'infection typhique à doses minimes et ne protège pas contre l'infection coli-bacillaire. M. Funck croit à l'action thérapeutique de ce sérum, mais il prétend qu'on doit encore se borner à des expériences de laboratoire à son sujet et que la méthode sérothérapique typhique n'est pas suffisamment parfaite pour être tentée sur l'homme. Cette prudente réserve, toute à l'honneur de M. Funck, devrait servir d'exemple à de nombreux bactériologistes trop enclins à l'heure actuelle à prendre leurs désirs pour des réalités. Chemin faisant, M. Funck fait l'étude thérapeutique du sérum normal et du sérum des convalescents de fièvre typhoïde dans cette maladie et le coli-bacillose, il aurait noté souvent les bons effets de ces sérums inoffensifs. Le mémoire de M. Funck se termine par un chapitre sur la pathogénie de la fièvre typhoïde. D'après l'auteur, le bacille typhique introduit dans l'intestin pullule dans les appareils lymphoïdes, où s'engage la lutte avec les phagocytes; la destruction des bacilles par ces derniers mettrait en liberté la toxine qui serait contenue dans les bacilles eux-mêmes.

II. — La Sérothérapie antidiphtérique. Résultats en Belgique et à l'étranger; par M. FUNCK. — Bruxelles, Hayez, édit., 1896.

II. — D'une étude critique approfondie des nombreux travaux statistiques sur la sérothérapie antidiphtérique, M. Funck tire les conclusions suivantes : 1° La sérothérapie abaisse notablement la mortalité de la diphtérie; 2° l'action du sérum est évidente sur certaines formes de diphtérie, et non des plus légères, et elle dépasse celle de tous les autres remèdes; 3° l'effet du sérum se manifeste le mieux dans les trois premiers jours de l'infection; 4° la propagation au larynx est souvent empêchée; 5° il en est de même de l'infection septique; 6° la sérothérapie paraît diminuer fortement les accidents cardiaques, rénaux et nerveux; 7° l'effet du sérum est surtout remarquable dans le jeune âge; 8° son *innocuité* est absolue; 9° il existe une forme clinique d'intoxication diphtérique subaiguë dans laquelle le sérum a une action locale, mais sans influencer les troubles généraux.

III. — Des angines couenneuses non diphtériques. *Pathogénie, diagnostic et traitement*; par M. DUFAUD, médecin-major de 2e classe. — A. Maloine, édit., 1896.

III. — M. Dufaud, après une étude générale clinique, histologique, bactériologique des angines couenneuses non diptériques conclut que parmi ces dernières fort nombreuses, trois variétés se distinguent par des caractères nettement tranchés; ce sont l'angine tousillaire, l'angine pultacée et l'angine herpétique.

L'*angine tousillaire*, de quatre à cinq jours de durée, est généralement bénigne. L'auteur la considère cliniquement et bactériologiquement, à moins d'associations microbiennes, comme distincte de l'angine herpétique. Le traitement se borne à quelques gargarismes émollients, à quelques attouchements aux jus de citron. Toutefois il faut se défier de l'invasion secondaire de la diphtérie.

L'*angine pultacée*, qui est due aux streptocoques est, selon l'expression de Peter, l'angine des mauvais états généraux. C'est elle que l'on observe au début de la scarlatine. L'enduit qui recouvre la gorge est caractéristique et se rapproche du muguet comme aspect. Le plus souvent elle n'est pas grave, mais parfois, sans intervention du bacille de Löffler, elle peut déterminer une fièvre intense, de l'adénopathie, de l'albuminurie et d'autres phénomènes généraux toxiques. Parfois la diphtérie peut compliquer l'affection.

L'*angine herpétique* a un début brusque, des vésicules d'herpès se développent, s'ulcèrent, puis se recouvrent de fausses membranes, parfois très difficiles à distinguer de la diphtérie. M. Dufaud propose, quand le diagnostic bactériologique ne sera pas à la portée du médecin, d'avoir recours au procédé suivant qui offre l'avantage de servir au diagnostic tout en étant un excellent traitement de l'angine herpétique. Ce procédé consiste en l'application locale de sulfate de cuivre de préférence au moyen d'un crayon. Les vésicules d'herpès crevées et touchées avec le sulfate de cuivre, quel que soit leur siège, ne tardent pas à s'amender en 24 ou 36 heures.

L'auteur, après quelques considérations intéressantes sur la fréquence des angines dans le milieu militaire, borne ses moyens thérapeutiques usuels aux gargarismes émollients, aux badigeonnages au miel, au jus de citron, aux collutoires phéniqués et aux lavages de la gorge.

Dans les angines graves à streptocoques, il conseille l'usage du sérum de Marmorek, dans les angines diphtériques celui du sérum antidipthérique.

Suivent vingt-huit observations qui ont servi de base à ce petit mémoire et prouvent que le Dr Dufaud ne s'est pas borné à faire une étude d'érudition, mais un travail de vrai et bon clinicien.

IV. — Le Venin des Serpents. *Physiologie de l'envenimation. Traitement des morsures venimeuses par le sérum d'animaux vaccinés*; par A. CALMETTE. — Soc. d Edit. scientifiques, 1896

IV. — M. Calmette expose rapidement la répartition des serpents venimeux sur le globe; l'Inde et l'Australie en sont plus particulièrement infestés. Les venins des divers espèces sont analogues, les accidents qu'ils produisent proviennent d'une action toxique sur le bulbe. MM. Phisalix et Bertrand ont noté l'atténuation du venin de la vipère du Jura par la chaleur. M. Calmette a renouvelé leurs expériences, puis a expérimenté l'action de diverses substances chimiques sur c s poisons. Le permanganate de potasse, l'eau bromée, les hypochlorites alcalins, le chlorure d'or sont les corps chimiques qui annihilent le plus facilement l action de ces poisons. M. Calmette conseille de se servir pour traiter les m rsures d'hypochlorite de chaux en solution aqueuse au 1 60. Se basant sur les travaux et les conseils de Roux, M. Calmette a app qué les règles de la sérothérapie aux toxines des venins de se pents. Ses expériences ont été concluantes et actuellement il fabrique à l'Institut Pasteur de Lille, du sérum antivenimeux dont les excellents effets ne sont pas douteux.

(1) Le Cercle des Médecins de Mo cou a adressé, à l'occasion des fêtes du Tzar une dépêche de remerciements à la Société de Chirurgie. Le bureau de la Société a répondu par une dépêche analogue à cette marque de sympathie des médecins russes.

V. — **Formulaire aide-mémoire de la faculté de Médecine et des médecins des Hôpitaux de Paris**; par A.-F. Roux. — 4e édition, G. Steinhel, édit., 1896.

V. — Ce formulaire aide-mémoire, qui indique les traitements prescrits par les maîtres de la Faculté et des hôpitaux, est redigé avec un soin scrupuleux et peut renseigner rapidement le praticien dans la recherche hâtive d'un traitement efficace. Il ne consiste pas en une simple réunion de formules, c'est une sorte de petit dictionnaire de thérapeutique. Le traitement des plaies de l'abdomen et du thorax, les procédés de réduction des diverses luxations, la pratique de la version en dystocie, etc., etc., prouvent que M. F. Roux a fait là mieux qu'un formulaire. L'utilité réelle de ce petit livre en continuera le succès et le nombre des éditions successives permettront à son auteur de le maintenir au courant des dernières découvertes thérapeutiques, souci qui a paru surtout le guider dans cette quatrième édition. J. Noir.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Discours prononcés à la distribution des prix à lEcole municipale d'Infirmières de la Salpêtrière.

Cette cérémonie a eu lieu le 27 juillet, sous la présidence de M. Peyron, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique. En reproduisant son discours, puis le nôtre, nous avons pour but de donner à nos lecteurs des renseignements précis sur le fonctionnement des Ecoles municipales d'infirmières et sur l'*enseignement professionnel* qui y est donné. B.

Discours de M. Peyron.

Mesdames, Messieurs,

Sur l'initiative du Conseil municipal, j'ai créé, il y a quelques semaines, une grande commission chargée d'étudier les moyens de défendre les malades des hôpitaux de Paris contre les dangers de la contagion de la tuberculose.

Si je fais allusion à cette commission et à ses travaux, ce n'est pas parce qu'en s'occupant de la défense des malades, elle s'est occupée aussi de la défense du personnel; ce n'est pas parce qu'elle s'est occupée de cette question du logement des infirmiers et des infirmières qui tient tant à cœur à tous ceux qui connaissent ces logements, qui s'intéressent à vous ; c'est parce qu'à l'une de ses séances un professeur des plus éminents de la Faculté de médecine de Paris a fait des infirmières laïques, de leur docilité, de leur savoir, de leur esprit d'abnégation et de sacrifice, un éloge tel que j'en ai été profondément ému et que, pour la première fois que je me retrouve en présence de celles qui ont été l'objet de cet éloge, un sentiment s'impose à moi qui me fait leur dire en mon nom et au nom de ceux qui souffrent : Merci.

Mais je reviens à la Salpêtrière et à la solennité d'aujourd'hui.

C'est d'une subvention spéciale votée spécialement à cet effet par le Conseil municipal que vivent les écoles d'infirmiers et d'infirmières. Cette subvention n'est jamais contestée et si tous les articles de mon budget étaient votés avec la même facilité, le sort du Directeur de l'Assistance publique serait presque enviable. Aussi est-ce au Conseil municipal que reviennent mes premiers remerciements et je suis heureux de voir à mes côtés, M. le conseiller Paul Bernard, si dévoué aux intérêts de la Salpêtrière, qui voudra bien se faire mon interprète et transmettre au Conseil l'expression émue et respectueuse de ces remerciements.

Mes remerciements vont ensuite à votre directeur, mon viel ami Le Bas, à vos professeurs, à vos surveillantes, à tous ceux qui vous ont aidé de leurs conseils et de leur expérience ; ils s'adressent aussi à M. le Dr Bourneville. Oui, pardessus tout à vous, mon cher Bourneville, à qui je les ai adressés déjà tant de fois et à qui je les renouvelle aujourd'hui du fond du cœur, heureux si ces témoignages répétés de notre gratitude peuvent être pour vous un soulagement et un réconfort contre tant de rancunes accumulées et qui malgré les années écoulées n'ont point encore désarmé ? (*Applaudissements prolongés.*)

J'ai été effrayé tout à l'heure en entendant le nombre des diplômes obtenus jusqu'ici : plus de 2.000, auxquels viennent s'ajouter les 320 nouveaux diplômes de cette année.

C'est une riche moisson ; mais pour qu'elle porte tous ses fruits, pour qu'elle soit toujours pour nous une réserve où nous puissions puiser, il faut qu'elle se conserve.

C'est à juste raison que M. le Dr Bourneville vous disait de ne pas brûler vos manuels, de ne jamais vous séparer d'eux.

Vous savez quels sacrifices immenses s'est imposés la République pour le développement de l'intruction primaire. Sans compter, elle a jeté les millions. Et cependant un cri d'alarme s'est naguère fait entendre à la constatation du nombre énorme de conscrits illettrés qui se présentent encore tous les ans à la conscription. C'est que le temps est long qui sépare la sortie de l'école de l'entrée au régiment et pour l'écolier, qui abandonne ses livres sans jamais les ouvrir, le savoir des premières années se perd vite et toute cette science si péniblement acquise n'est plus, quand le temps a passé, que poussière et fumée.

Pareil accident ne vous arrivera pas. Le succès aujourd'hui le garantit. Vous ne vous contenterez pas d'avoir conquis votre diplôme. Non seulement vous saurez conserver, mais, par une application journalière, vous augmenterez encore les connaissances acquises. La perspective du devoir mieux accompli suffira à exciter votre ardeur.

A Lariboisière, M. le Dr Bourneville vous a cité l'exemple lointain de la Reine Radegonde, femme de Clotaire, si je ne m'abuse, qui fit de son château d'Aties un véritable hôpital, où elle remplissait le rôle d'infirmière.

L'Administration, qui ne doit jamais rester en retard, vous citera l'exemple de Charlemagne. Charlemagne, l'Empereur à la barbe fleurie qui savait le latin, le grec, l'astronomie, Charlemagne ne savait pas écrire. Quoique sa barbe fleurie fut devenue blanche, il ne dédaigna pas de se remettre sur les bancs de l'École pour apprendre cet art de l'écriture qu'il ignorait. — L'histoire ne dit pas s'il y parvint jamais. Mais vous, si votre instruction première a été négligée, faites comme Charlemagne, et, malgré l'âge, mettez-vous à l'œuvre pour apprendre ce que vous ignorez encore.

Si votre dévouement n'en est pas augmenté, il en recevra une direction meilleure. Les exemples du dévouement des infirmières laïques ne sont pas difficiles à trouver. Si ceux que nous a donnés le passé sont nombreux, le présent nous en donne encore et des plus éclatants. Hier, c'était Madame Petit-Barat qui, par sa belle conduite, méritait une médaille d'honneur du Ministère de l'Intérieur. A son nom je dois joindre le nom d'une de vos compagnes, Mademoiselle Croc, qui l'a secondée dans l'acte courageux qu'elle a accompli et que vous connaissez toutes. Et si je cite leurs noms, si je rappelle leur dévoûment, ce n'est pas encore tant pour leur faire honneur à elles-mêmes que pour l'honneur qui en rejaillit sur le corps tout entier. (*Applaudissements.*)

Deux autres médailles d'honneur ont été attribuées à

deux infirmières de la Salpêtrière ; l'une à Mlle GASSOUT, qui compte 19 ans de service, dont 9 aux sections d'aliénés où, dans des circonstances difficiles, elle a eu à subir des sévices graves de la part de ses malades ; l'autre à Mlle GEORGES, depuis 22 ans attachée au service des enfants arriérées pour lesquelles elle se montre admirable de bonté et de dévouement. Frappée par une de ces enfants, elle a dû subir une opération douloureuse, dont elle se ressent encore aujourd'hui après plus de 10 ans.

Mesdames, Messieurs, elle est immense, vous le savez, cette administration de la Ville de Paris : aux uns elle donne ses enfants à instruire; aux autres elle remet le soin de ses jardins et de ses promenades; d'autres encore sont chargés de pourvoir à son éclat et à son luxe; leur part est plus brillante que la nôtre : elle n'est pas plus belle.

A nous, Paris confie ses vieillards, ses malades, ses infirmes.

Ne nous plaignons pas; c'est nous qui avons la meilleure partie de son cœur ; et nous lui devons de répondre à cette confiance que Paris met en nous par notre dévouement à Paris et à la République. *(Applaudisssement répétés)*.

Discours de M. Bourneville.

MESDAMES, MESSIEURS,

Ici, de même qu'à Bicêtre et à Lariboisière, l'*École d'infirmières* comprend une *école primaire* et une *école professionnelle*. L'*école primaire* est dirigée depuis cinq ans par Mme PIGEON, assistée de Mmes DESTABLE, sous-surveillante, FONCIER, CORBON, ROSEL, suppléantes, COMBEL, 1re infirmière, et DUCHAUFOUR.

Le *nombre des élèves* inscrites pour les cours primaires était en octobre de 120 et en juillet de 96 : c'est un chiffre un peu inférieur à celui de l'an dernier. Il est à souhaiter qu'il se relève au mois d'octobre et que toutes les infirmières non pourvues du certificat d'études soient astreintes à se rendre assidûment aux cours primaires. Cette année, 9 élèves ont obtenu le certificat d'études primaire (1). Ce résultat est dû à Mme PIGEON et à ses collaboratrices, auxquelles nous adressons avec plaisir nos plus vives félicitations. Nous souhaitons qu'il serve d'encouragement pour l'avenir. Les détails que nous avons donnés à Bicêtre et à Lariboisière sur le fonctionnement des écoles primaires, annexées aux écoles professionnelles, nous dispensent d'y revenir ici.

L'*enseignement professionnel* ne comporte aucune remarque. Le personnel enseignant n'a pas changé. Il s'est acquitté de ses fonctions avec le même zèle et le même dévouement que par le passé.

Les *exercices pratiques* ont été faits à l'Infirmerie générale de même que les années précédentes par Mme EYDT, surveillante, Mlle DUMONT, et Mme Anne BAUTHIER, sous-surveillantes diplômées. Ils ont été complétés par des leçons sur les bains et les douches par Mme BÉRANGER, baigneuse, sur la pose des ventouses par Mme MAISTRE. Pour que cette partie de l'enseignement porte des fruits, il conviendrait que les élèves se rendissent par séries au service des bains à l'heure où il est en pleine activité et que tous les jours une infirmière accompagne la ventouseuse dans sa tournée et pose avec elle les ventouses.

Les *examens pratiques* ont occupé trois longues séances et pris près de huit heures. Ils ont été subis par 127 élèves ainsi répartis :

Salpêtriere	Institutrice	1	
	Sous-surveillante	1	
	Boursières	8	
	1res infirmieres	3	
	Infirmières	81	
	Infirmiers	3	97
Hôpitaux.	Suppléante	1	
	Infirmières	20	21
	Élèves externes		9
	TOTAL		127

(1) Mmes GOSSE, 1re infirmière, BURGAT, DAEFFLER, DODEMARD, KERHAN, MANCHOSSAT, infirmieres de la Salpêtriere; BLANCHARD, DULIEU et FERCIOT, elèves libres.

Notons, pour mémoire, que, au mois de juillet 1895, on en comptait 204.

Parmi les 127 élèves qui ont pris part à ces examens, une a le brevet supérieur, Mlle CORBON, institutrice à la Salpêtrière, qui comme Mme ROSEL, il y a deux ans, a tenu à suivre les cours théoriques et les exercices pratiques de l'école professionnelle, afin d'être mieux en mesure, l'occasion survenant, de rendre service aux petites filles idiotes et épileptiques de sa classe. 4 élèves ont le brevet élémentaire (1) et 29 le certificat d'études (2).

57 élèves ont obtenu le diplôme :

Salpêtriere.	Institutrice	1	
	Sous-surveillante	1	
	Boursières	7	
	1re Infirmière	1	
	Infirmières	28	
	Infirmiers	2	40
Hôpitaux.	Suppléante	1	
	Infirmières	8	9
	Élèves externes		8
	Total		57

Une seule sous-employée de la Salpêtrière figure dans ce tableau. Le nombre des diplômes de cette année est inférieur à celui de 1894-95 qui était de 73. De 1883 à ce jour, cette école a obtenu 630 diplômes.

Nous terminerons ce qui a trait à l'histoire de l'école proprement dite de la Salpêtrière par quelques mots sur les *améliorations* réalisées et à réaliser et sur les *promotions*.

Le chemin de fer Decauville et l'ascenseur de l'Infirmerie générale, dont nous avons pris l'initiative, fonctionnent avec la plus grande régularité et déchargent les infirmières des besognes très pénibles qu'auparavant elles étaient obligées d'accomplir. A ces améliorations nous serions heureux d'en voir ajouter une autre : celle des *dortoirs des infirmières* situés dans les combles de l'Infirmerie générale. Ils sont aussi défectueux que ceux que nous avons décrits dans nos discours de Lariboisière et de la Pitié : aspect sordide, encombrement, absence d'armoires, de lavabos, nécessité de descendre au second étage pour trouver les cabinets d'aisances.

La *distribution des diplômes* aux lauréats des quatre écoles, qui va suivre la distribution des prix aux élèves de la Salpêtrière, réunissant ici un nombre considérable d'agents de tous grades du personnel secondaire, nous en usons d'habitude — abusons peut être même — pour ajouter quelques considérations générales à celles que nous avons émises dans les précédentes cérémonies.

Au sujet des *mutations par diplôme*, nous demandons à M. PEYRON d'y faire procéder avant le 1er octobre, époque de la réouverture des cours dans les quatre écoles et de donner à ses directeurs des instructions : 1° pour que les diplômés soient remplacés par les meilleurs infirmiers et infirmières des autres hôpitaux afin de leur fournir le moyen d'avoir le diplôme ; — 2° pour que les diplômés soient placés dans des services actifs, auprès des malades, et non pas dans les postes de début, dans les postes les plus défavorables ; 3° pour que les diplômés conservent leurs mêmes droits à l'avancement que s'ils étaient restés dans les maisons qu'ils quittent. A moins de raisons très sérieuses et qui ne peuvent se présenter qu'exceptionnellement, il faut que les établissements-écoles ne conservent pas leurs diplômés (3). Sans cela les écoles n'auraient plus

(1) Mmes AYMAR, boursière, et ROLSGEN, infirmière, de la Salpetrière, COUSIN et GRENIER, élèves libres.

(2) Aux neuf que nous avons citées il faut ajouter : Mmes BROSSIER et IMBERT, boursières, BERNARD, BOUVRET, BUTEAU, DUPRAT, GASC, GRANDJEAN, MERLETTE, PIÈTRE, infirmieres à la Salpêtrière, ANDRÉ, DÉGAGE, DUNET, DOUCET, MONNIOT, ROLINE, et THOMASSET, infirmieres de Tenon, CLÉMENT MILLET, infirmières de Trousseau, BERNISSON, élève libre.

(3) A la Salpêtrière, il est resté 10 infirmiers diplômés et 67 infirmières diplômées de l'année scolaire 1894-1895.

de raison d'être, au bout de quelques années, dans les établissements-écoles actuels : il faudrait les transporter ailleurs.

Nous venons de parler de l'*avancement*; c'est le moment d'y insister. Beaucoup d'entre vous, et ceux qui, au-dehors, s'intéressent à vous s'imaginent qu'avec des *recommandations*, ils ou elles pourront avancer plus rapidement que leurs camarades qui n'ont pas de recommandations. C'est là une profonde erreur. M. Peyron, directeur républicain de l'Assistance publique, conformant ses actes à ses paroles, a établi des règles précises dans le *mode d'avancement* du personnel secondaire. Nous profitons de cette cérémonie, qui réunit un grand nombre de sous-employés, d'infirmiers et d'infirmières, pour en faire connaître les grandes lignes :

1° Obligation d'être pourvu du diplôme professionnel ;

2° Les premières infirmières et les suppléantes peuvent être nommées, sans condition d'ancienneté dans le grade inférieur; mais ces nominations d'emblée ne se font que dans des cas exceptionnellement rares, par exemple les *boursières*; par exemple de simples infirmières qui ont, comme Mme Petit-Barat, accompli un acte de dévoûment. Mais d'habitude, la durée *moyenne* du stage est de trois ans dans les fonctions de simple infirmière, pour être promue au grade de *première infirmière* et de cinq années dans les fonctions d'infirmière et de première infirmière ensemble, pour être nommée suppléante ;

3° La règle est que les candidates aux emplois de sous-surveillantes et de surveillantes aient passé *au moins* deux ans dans le grade inférieur. Toutefois, ce n'est là qu'un minimum et la *rareté des vacances* fait augmenter dans une très forte proportion la durée de ce stage ;

4° Quant à l'examen que l'Administration centrale fait subir aux simples infirmières, candidates au grade de 1re infirmière, il consiste simplement en une petite dictée et dans la constitution d'une chemise de dossier, destinée à fournir tous les renseignements nécessaires sur l'état civil et les antécédents des candidats.

Nous ferons remarquer au sujet de cet examen qu'il n'y aurait peut-être pas d'inconvénient à en dispenser ceux et celles qui ont le brevet supérieur, le brevet élémentaire ou le certificat d'études. Quant à la constitution du dossier, elle nous semble indispensable, car elle permet à M. le directeur général de se rendre facilement un compte exact de la situation de chacun d'entre vous. Vous connaissez maintenant les conditions d'avancement formulées par l'Administration centrale. Personnellement, nous n'avons qu'à demander qu'elles soient rigoureusement respectées et que les exceptions soient de plus en plus restreintes. La diminution du nombre des boursières jusqu'à leur suppression définitive contribuera à diminuer ces exceptions.

Nous vous avons signalé la *rareté des vacances* qui ralentit l'avancement. Ceci nous autorise à vous renouveler un conseil que nous vous avons déjà donné à plusieurs reprises :

« Le nombre des infirmières diplômées des hôpitaux, avons-nous dit, augmentant heureusement et dans des proportions honorables, à la fin de chaque année scolaire, et le nombre des places de sous-employées étant limité, il en résulte que l'avancement ne peut s'effectuer que d'une manière très lente. Aussi, serait-il sage de votre part de ne pas borner votre horizon aux hôpitaux de Paris. Dans votre intérêt même, il serait bon que vous vous mettiez sans hésitation à la disposition des villes de province, qui veulent laïciser leurs établissements hospitaliers ; à la disposition des administrations départementales qui ont des asiles et des orphelinats laïques et même à la disposition des maisons particulières. Si les laïques veulent remplacer définitivement les religieuses, il faut qu'elles soient prêtes à aller rendre des services *partout*, à faire voir *partout* qu'elles sont instruites, capables, obéissantes et dévouées. »

Vous êtes renseignés, réfléchissez et agissez en conséquence.

Si, au point de vue de la *stabilité* des infirmiers et des infirmières, nous n'avons à signaler qu'un progrès relatif, il n'en est plus de même au point de vue de leurs progrès sous le rapport de l'*instruction primaire* et de l'*enseignement professionnel*. Les statistiques que nous allons fournir sont, à cet égard, tout à fait démonstratives.

1° Les *examens pratiques* ont été subis par 514 élèves. Pour chacune des quatre écoles, nous avons dressé la liste de ceux qui possèdent un brevet, un diplôme ou un certificat d'études. En voici la statistique :

	Bicêtre.	Lariboisière.	Pitié.	Salpêtrière.	Totaux.
Baccalauréat	1	»	»	»	1
Brevet supérieur	»	»	1	1	2
Brevet élémentaire	2	2	5	4	13
Certificat d'études primaires sup.	1	»	»	»	1
Certificat d'aptitude pédagogique	»	»	»	»	1
Diplôme de sage-femme	»	»	2	»	2
Certificat d'études primaires	43	16	29	29	117
Licence en théologie	1	»	»	»	1
Diplôme d'herboristes	»	»	»	»	1
— de dentiste	1	»	»	»	1
Total					137

Ces brevets, diplômes et certificats se répartissent de la façon suivante pour l'année 1895-1896 : Bicêtre, 48 ; — Pitié, 37 ; — Lariboisière, 18 ; — Salpêtrière, 34, soit 137. — En 1894, les infirmières qui offraient les mêmes preuves de connaissances étaient de 93 et en 1895 de 136. Cette statistique confirme ce que nous venons d'avancer à savoir que d'année en année le *recrutement du personnel* s'opère parmi des personnes de plus en plus instruites.

2° Les *diplômes* d'infirmiers et d'infirmières qui vont être distribués tout à l'heure sont au nombre de 60 pour Bicêtre, de 119 pour la Pitié, de 84 pour Lariboisière et de 57 pour la Salpêtrière, soit 320. Si l'on ajoute ces nouveaux diplômes aux 2.401 diplômes antérieurs, le total général, après cette cérémonie, sera de 2.721 dont la plus grande partie a été attribuée au personnel hospitalier.

A propos des diplômes, nous croyons devoir signaler encore une fois, en souhaitant que ce soit la dernière, la situation du personnel des sous-employés des établissements-écoles, qui, tous, depuis longtemps, devraient posséder leur diplôme.

A *Bicêtre*, nous avons :

Sur 12 surveillants	9	diplômés.
— 13 surveillantes	11	—
— 15 sous-surveillants	13	—
— 14 sous-surveillantes	12	—
— 15 suppléants	14	—
— 16 suppléantes	15	—
— 3 panseurs	3	—
— 1 garçon d'amphithéâtre	1	
— 21 premiers infirmiers	19	—
— 12 premières infirmières	11	—

A la *Pitié*, nous avons :

Sur 3 surveillants	0	diplômés.
— 7 surveillantes	5	—
— 3 sous-surveillants	1	—
— 13 sous-surveillantes	10	—
— 3 suppléants	3	—
— 9 suppléantes	9	—
— 2 1ers infirmiers	2	—
— 9 1res infirmières	9	—
— 2 infirmiers panseurs	1	—
— 93 infirmiers et infirmières	1	— (1)

A la *Salpêtrière*, nous avons :

Sur 11 surveillants	0	diplômés.
— 23 surveillantes	10	—
— 12 sous-surveillants	2	—
— 74 sous-surveillantes	43	—
— 5 suppléants	0	
— 32 suppléantes	28	
1 1er infirmier	1	—
41 1res infirmières	15	—

(1) Toutes les personnes non diplômées ne suivent pas les cours parce qu'elles ont dépassé 40 ans.

A *Lariboisière*, nous avons :

Sur	3 surveillants	3 diplômés.
—	7 surveillantes....................	7 —
—	2 sous-surveillants	2 —
—	22 sous-surveillantes	22 —
—	7 suppléants.......................	7 —
—	11 suppléantes	11 —
—	5 1ers infirmiers........	5 —
—	20 1res infirmières................	20 —

Comme le montre ce relevé la proportion des sous-employés *non diplômés* est beaucoup plus forte ici que dans les autres établissements-écoles. Cela ne devrait pas être après *dix-neuf années* d'enseignement. Les femmes de la Salpêtrière ont mis moins d'empressement que les hommes de Bicêtre où, sur 83 sous-employés, 69 possèdent leur diplôme. Nous devons toutefois des félicitations à Mme Vial, entrée en qualité d'infirmière en 1878, et qui a eu la bonne idée de se décider cette année à suivre les cours. Elle en est récompensée, car elle va avoir son diplôme.

Tandis que dans les trois autres établissements-écoles, des efforts considérables, très méritoires, ont été faits par les sous-employés n'ayant pas dépassé 45 ans, nous avons l'ennui de voir qu'ici on est demeuré trop indifférent, puisque, sur un bloc de 199 sous-employés ou premiers infirmiers et infirmières, il n'y en a que 99 possédant le diplôme. Faisant allusion l'an dernier aux diplômes obtenus par les surveillantes et sous-surveillantes de Lariboisière, M. Peyron ajoutait : « C'est un bon exemple qu'elles ont donné et qui, je l'espère, sera suivi par celles de plus en plus rares dont l'autorité du grade est affaiblie par l'absence du diplôme au regard de leurs subordonnées qui en sont pourvues. » Nous avons tenu à rappeler ces conseils — qui pourraient être des ordres — et qui venant de M. Peyron devraient être écoutés.

Dans le but de compléter tous ces renseignements, nous avons demandé à l'Administration, comme les années précédentes, de nous donner l'état numérique des *agents* de tous grades du personnel secondaire des hôpitaux, qui, avant la clôture de cette année scolaire, étaient déjà pourvus du diplôme professionnel. Voici ce tableau :

Personnel secondaire attaché aux divers Etablissements au 1er juillet 1896.

GRADES.	NOMBRE D'AGENTS.		
	pourvus du diplôme professionnel.	non pourvus du diplôme professionnel.	Total.
Surveillants.....	12	62	74
Surveillantes...... ..	80	129	209
Sous-surveillants...	46	110	156
Sous-surveillantes	211	138	349
Suppléants...........	63	30	93
Suppléantes....	237	69	306
1ers infirmiers.........	60	34	94
1res infirmières.......	223	93	316
Panseurs............	18	8	26
Pansenses.......	7	»	7
Garçons d'amphithéâtre...	7	22	29
Infirmiers et garçons de service..	150	992	1.142
Infirmières et filles de service.....	281	1.476	1.757
Personnel professionnel permanent	45	296	341
Totaux.....................	1.440	3.459	4.899

Si à ce total, répondant au 1er juillet de cette année, on ajoute les nouveaux et les nouvelles diplômés qui sont déjà attachés aux hôpitaux de Paris, le nombre des agents diplômés du personnel secondaire s'avancera vers 1800.

D'autre part, nous avons reçu la statistique complète de ces mêmes agents, possesseurs de brevets, de diplomes et de certificats relatifs à l'instruction primaire : elle n'est pas moins intéressante que la précédente.

Personnel secondaire attaché aux divers Etablissements au 1er juillet 1896.

GRADES.	NOMBRE D'AGENTS POURVUS.							
	du diplôme de bachelier.	du brevet supérieur.	du brevet élémentaire.	du certificat d'études.	du diplôme de sage-femme.	du diplôme d'herboriste.	du certificat de grammaires	de la licence en théologie.
Surveillants..	»	»		5	»	»	»	»
Surveillantes.... .	»	2	7	9	»	1	»	»
Sous-surveillants	»	2	4	15	»	»	»	»
Sous-surveillantes	»	1	11	30	5	»	2	»
Suppléants........... ...	2	»	2	22	»	»	2	»
Suppléantes........... .	»	3	8	52	2	»	2	»
1ers Infirmiers	»	1	5	21	»	»	1	»
1eres Infirmières........ ...	»	»	1	51	1	»	»	»
Panseurs................	»	»	»	2	»	»	»	»
Panseurs.............. ...	»	»	»	2	»	»	»	»
Garçons d'amphitheâtre...	»	»	»	1	»	»	»	»
Infers et garçons de service	8	1	6	105	»	»	2	1
Infres et filles de service...	»	»	11	152	2	»	2	»
Personnel profel permanent	»	»	»	3	»	»	»	»
Totaux...........	10	10	55	470	10	1	11	1

Il suit de ce second tableau que 568 agents du personnel secondaire possèdent une instruction primaire très convenable. (*A suivre*).

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique des maladies des fosses nasales des tissus de la face et du pharynx nasal ; par le Dr M. Lermoyez, médecin des hôpitaux. — 2 vol. in-16.

Ce nouvel ouvrage, qui vient s'ajouter à la collection déjà si brillante de la *Bibliothèque thérapeutique médicale et chirurgicale* de Dujardin-Beaumetz et Terrillon, est intéressant non seulement pour les spécialistes, mais aussi pour les simples praticiens, car les uns et les autres y trouveront des renseignements d'une utilité capitale. Il est nécessaire, en effet, dans la pratique générale, de savoir examiner le nez et les cavités qui l'entourent Le médecin trouvera dans les chapitres relatifs à l'eclairage, à l'exploration des fosses nasales, à leur nettoyage, des renseignements d'une grande importance pratique et qui, par la précision, la minutie des détails leur seront d'un précieux secours. Les spécialistes liront avec intérêt les chapitres relatifs à la thérapeutique. De sa longue pratique personnelle, de son séjour à Vienne, de ses lectures, le Dr Lermoyez a su tirer et mettre en valeur les documents les plus utiles ; il a pu à bon escient, tout en décrivant les diverses méthodes, indiquer les plus efficaces ou les plus faciles à appliquer, tout cela avec une méthode, une clarté d'exposition et une pureté de style, qui fait de son ouvrage un livre à la fois agréable et utile à consulter. L.-R. Regnier.

The Surgery of the Chest; par Stephen Paget. — Simpkin and Co, London, 1896, vol. de 450 pages.

Cette très intéressante monographie, éditée avec le soin que les Anglais savent apporter dans la fabrication de leurs livres de science, illustrée de quelques figures qui brillent peut-être un peu trop par leur simplicité, a les défauts de toutes les publications anglo-saxones de longue haleine. Au milieu de remarques importantes, on trouve une foule de faits communs, et surtout une méthode un peu primitive de classement des idées. L'ouvrage débute par l'histoire des traumatismes de poitrine, il devait continuer par celle des infections. Cela est en effet ; mais pourquoi avoir intercalé là les tumeurs des cotes ou du sternum, au lieu de les rapprocher des néoplasmes intra-thoraciques? Pourquoi, d'autre part, ne pas mettre, à côté des traumatismes de poitrine, les corps étrangers des voies aériennes. A part ces quelques critiques; nous n'avons que des éloges à décerner à l'auteur, chirurgien de The West London Hospital et de Metropolitan Hospital, pour ce beau livre dont le premier chapitre aurait pu, avec avantage, être

isolé, sous forme d'introduction, au lieu d'être placé, avec les malformations congénitales, sous la rubrique générale des traumatismes thoraciques. Signalons particulièrement ce qui a trait aux épanchements péricardiques.

Guide médical parisien; publié par l'*Indépendance Médicale*. A. Maloine. édit. 1896.

Nos confrères de l'*Indépendance Médicale* ont réuni dans ce guide tous les renseignements désirables sur la Faculté, l'école pratique, les hôpitaux, hospices, asiles d'aliénés, cliniques particulières, etc., qui peuvent intéresser le médecin et l'étudiant. Il reproduit dans un esprit un peu différent le guide que, depuis de longues années, le *Progrès Médical* publie sous le nom de *Numéro des Étudiants*. Il est vrai que ce dernier n'épargne pas les critiques et généralise ses renseignements à la province et à l'étranger.

L'idée du *Progrès Médical* fut bonne, puisqu'elle trouva des imitateurs. Le *Guide médical parisien* offre en outre les renseignements les plus divers sur la Faculté et les hôpitaux, un annuaire des services hospitaliers et des notes historiques intéressantes. Marcel BAUDOUIN.

Recherches expérimentales sur les propriétés coagulantes et les propriétés toxiques de quelques urines physiologiques et pathologiques; par le Dr GUILLOU. — Bordeaux, Cadoret, 1896.

L'auteur de cette thèse, faite dans le laboratoire du Pr Jolyet a pris pour point de départ la recherche de la toxicité des urines dans les tumeurs malignes; il a été amené après avoir constaté leurs propriétés coagulantes pour le sang à rechercher celles d'urines normales, ou provenant de sujets atteints de maladies diverses, et enfin celle des injections d'eau additionnée de chlorure de potassium. Il a été aussi amené à constater que les propriétés coagulantes pour le sang existent dans toutes les urines humaines à partir d'une certaine dose d'injection; et que ces propriétés sont indépendantes des propriétés toxiques, car les coefficients uro-coagulants et urotoxiques peuvent tantôt s'égaler tantôt différer beaucoup pour une même urine. A. P.

Recherches sur la structure de la moelle allongée et l'origine des nerfs craniens. Traduction allemande; par Johannes BRESLER, avec une préface de Mendel. — Leipsig, A. Barth, 1896.

Nous n'avons pas à analyser ici le travail même de Ramon y Cajal, qui est l'application à la protubérance annulaire et au bulbe de ses méthodes techniques basées sur la réduction des sels d'argent; c'est, malgré le petit volume de l'ouvrage, une publication d'importance capitale dans l'étude du système nerveux, et destinée à jouer le même rôle que les premières recherches de l'auteur espagnol. Tous les chapitres des traités spéciaux qui traitent des nerfs craniens sont à revoir et à compléter avec les données nouvelles qui simplifient souvent si heureusement les anciennes. La traduction que donne M. Bresler reproduit fidèlement le texte et les figures de l'auteur et s'accompagne de notes explicatives souvent fort utiles.

A. P.

VARIA

Concours pour l'obtention des bourses de Pharmacien de 1re classe.

Le Ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, arrête :

Article premier. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacien de 1re classe aura lieu, au siège des écoles supérieures de pharmacie et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le 26 octobre 1896.

Article 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'incription seront clos le samedi 17 octobre, à 4 heures.

Article 3. — Sont admis à concourir : 1° les candidats pourvus de quatre, huit ou douze inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* les examens de fin de 1re et 2e année et l'examen semestriel; 2° les pharmaciens de 1re classe aspirant au diplôme supérieur.

Article 4. — En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consistent en compositions écrites portant sur les matières énumérées dans le programme suivant.

Candidats au grade de pharmacien de 1re classe. — Élèves à quatre inscriptions : 1° physique et chimie; 2° botanique. — Élèves à huit inscriptions : 1° chimie organique; 2° matière médicale et pharmacie. — Élèves à douze inscriptions : 1° Pharmacie galénique; 2° chimie analytique et toxicologie.

Candidats au diplôme supérieur. — Section des sciences physico-chimiques. 1° physique; 2° chimie. — Section des sciences naturelles. 1° botanique ; 2° zoologie. — Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions. — Les candidats pourvus du grade de bachelier de l'enseignement secondaire classique ou de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complet, qui ont été admis à ce grade avec la mention *bien*, peuvent obtenir sans concours une bourse de 1re année.

Association des Médecins Urologistes français.

Comme nous l'avons annoncé, la première séance de l'*Association des Médecins urologistes français*, se tiendra à Paris, le 22 octobre prochain. Le Comité d'initiative a mis à l'ordre du jour les questions suivantes :

1° *Valeur comparative de la ponction hypogastrique et de l'incision sus-pubienne dans la rétention aiguë d'urine;*
2° *Pathogénie et traitement de l'hydronéphrose;*
3° *Traitement abortif de la blennorrhagie.*

Les personnes que ces sujets intéressent sont priées de demander des renseignements soit à M. Pousson, 9, rue Vital-Carle, à Bordeaux (jusqu'au 17 octobre seulement), soit à M. Desnos, 31, rue de Rome, à Paris.

L'Assistance chirurgicale instantanée et les Fêtes en l'honneur du Tsar.

Lors des fêtes russes, la foule a été si compacte aux abords de l'Hôtel de Ville, sur le passage du tsar et de sa suite, que des accidents assez nombreux se sont produits. Sans parler des femmes évanouies ou des personnes ayant reçu, dans la cohue, des blessures légères, *Le Temps* a signalé des cas plus regrettables. Deux jeunes gens qui étaient montés sur la même branche d'un arbre au quai d'Orsay ont été précipités sur la chaussée par suite de la rupture de cette branche. Ils ont été transportés grièvement blessés à l'hôpital Laënnec. Comment? On ne le dit pas. — Une fillette de cinq ans est tombée d'une fenêtre sise au cinquième étage de la maison portant le numéro 54 de du faubourg Saint-Martin. Elle s'est tuée sur le coup. — M. A. R..., vieillard de quatre-vingt-un ans, a été frappé d'une congestion cérébrale dans la rue de Rivoli. — Un inconnu est mort subitement, au milieu de la foule, rue Turbigo. — Un ouvrier électricien, M. B..., est tombé d'une échelle sur la place de l'Hôtel-de-Ville, et s'est fortement contusionné. — Un dragon d'escorte est tombé de cheval sur la place du Parvis-Notre-Dame et s'est brisé le poignet. — Plusieurs soldats et quelques agents formant la haie sur le passage du cortège impérial ont été renversés et piétinés. Quelques-uns d'entre eux ont été relevés en piteux état.

Nous nous bornerons pour aujourd'hui à ces nouvelles observations.

L'Assistance chirurgicale et les Bicyclettes d'ambulances.

Les pays d'Outre-Mer tiennent à conserver le record de la rapidité des secours en cas d'accidents, de catastrophes, d'incendies, etc. Nos lecteurs nous pardonneront le terme de record, car il s'agit ici de bicyclettes. En juillet 1896, au meeting annuel des clubs vélocipédiques de l'Illinois qui s'est tenu à Chicago, le public a pu admirer un modèle d'ambulance cycliste très ingénieux, construit par les Iroquois Cycle Works pour le Chicago Hospital. L'appareil comporte un coffre léger reposant sur un cadre soutenu à droite et à gauche par une bicyclette de modèle un peu plus long que celui de la petite reine moderne. Le tout est mis en marche par deux cyclistes et à Chicago ce sont des médecins qui remplissent cet office. La bicyclette est du reste le sport favori et le mode de

transport le plus ordinaire des médecins de la ville de Chicago. Grâce à cet appareil, des secours prompts, presque instantanés, sont assurés aux victimes d'un accident sur la voie publique ou dans la ville. Le coffre d'ambulance adapté aux bicyclettes accouplées, n'est pas le seul modèle d'appareil de secours imaginé par l'ingéniosité américaine. Divers autres modèles peuvent se comprendre avec le même mécanisme de cycles parallèles. Ainsi, le même fabriquant a installé un fauteuil réversible se transformant en chaise longue et transporté par deux cyclistes. (*France médic.*).

Propriété littéraire et scientifique.

On a discuté de nouveau, dans ces derniers temps, la propriété littéraire. Un rédacteur du *Petit Parisien* réclamait récemment pour elle, comme pour la propriété des meubles et immeubles, la perpétuité tandis qu'aujourd'hui elle tombe dans le domaine public au bout de 50 ans. La perpétuité aurait, croyons-nous, de sérieux inconvénients. En effet, si les héritiers d'un auteur avaient des idées philosophiques ou politiques absolument opposées à leur ancêtre, ils pourraient faire ainsi disparaître de la circulation des œuvres qui contribuent à la grandeur d'un pays. Avec la loi actuelle, cette crainte n'est pas à redouter. B.

Madame une Telle et Cie, médecins.

La veuve d'un médecin peut-elle, avec le concours d'un homme de l'art, exploiter la clientèle de son défunt mari? On sait que des jugements ou des arrêts ont décidé, déjà plusieurs fois, conformément à la jurisprudence, qu'une clientèle de médecin reposant uniquement sur la confiance qu'inspirent le savoir et l'expérience de l'homme de l'art, ne peut faire l'objet d'un contrat. La veuve ou les héritiers d'un médecin ne peuvent donc ni vendre, ni même donner une clientèle médicale. *Ce qui se fait pourtant tous les jours*, à la barbe des magistrats. Mais peuvent-ils exploiter avec le concours d'un médecin? C'est une autre question, qui vient d'être résolue.

Le tribunal civil de la Seine a rendu dernièrement un jugement portant que la Société formée entre la veuve d'un médecin et un homme de l'art pour l'exploitation de la clientèle du mari défunt (dans l'espèce il s'agissait d'un cabinet de consultations pour le traitement des cancers du sein) est nulle. Qu'on s'en souvienne.

Les deux crânes de Mme de Sévigné.

Il y a quelque temps, dans la *Revue hebdomadaire*, M. le docteur Cabanès raconta qu'ayant eu à s'occuper de la mort de la célèbre épistolière, il apprit qu'on avait trouvé en 1870, dans le tombeau de Mme de Sévigné, en l'église de Grignan, un morceau de crâne. L'autre moitié avait été envoyée à Paris, on ne sait quand ni à qui.

Comme il recherchait à Paris la seconde partie de ce crâne, M. le Dr Cabanès apprit qu'il en existait un autre — tout entier cette fois, — qui était conservé par les dominicains de Nancy.

Le P. Tripier, prieur, consulté, a répondu par la lettre suivante :

« Monsieur, nous possédons un crâne *que la tradition prétend être* celui de l'illustre écrivain épistolaire du dix-septième siècle. M. de Saint-Beaussant habitait Nancy quand le P. Lacordaire vint prêcher une station à la cathédrale. Il se fit religieux et donna au P. Lacordaire une petite maison qui, exactement, malgré certaines modifications, est le cœur de notre couvent. M. de Saint-Beaussant était artiste et un collectionneur distingué ; c'est de lui que nous tenons le crâne, dit de *Mme de Sévigné*. Les religieux, ses contemporains, ont disparu et n'ont laissé aucune pièce, que je sache, établissant l'authenticité du crâne. Le crâne est renfermé dans une boîte en carton, de forme ronde, haute de 15 à 18 centimètres ; elle paraît d'une vétusté respectable. Sur le couvercle est fixée une carte avec l'inscription suivante, d'une vieille écriture :

Tête de Madame de Sévigné
Pour monsieur Garnier,
chez monsieur de Bochefort,
rue Caumartin, no 12.

« Le crâne est fort, assez évasé à l'arrière, un peu rétréci sur le devant. L'os frontal paraît très régulier et d'un développement assez large. La longueur du crâne est de quinze centimètres et demi. La largeur de l'os frontal au-dessus des yeux est de onze centimètres et demi. La largeur du crâne à l'arrière est de quatorze centimètres. La curiosité et la compétence artistique de M. Saint-Beaussant, l'inscription dont je vous donne un fac-similé, la tradition conservée au couvent de Nancy sont les seules pièces justificatives que nous possédions. L'autorité de M. de Saint-Beaussant, bon connaisseur et artiste, est la seule source de la tradition. »

Le P. Faucillon, prédécesseur du P. Tripier comme prieur de Nancy, n'a pu que confirmer les renseignements ci-dessus.

Qui dira le mot de l'énigme?

Les Statuts du... Couvent de la reine Jeanne.

A propos de la lèpre, de la syphilis, de la cacomonade et autres maladies du quinzième siècle, la *Province médicale* reproduit les très curieux statuts « donnés en Avignon, par une grande reine, à une maison régulière et édifiante ». La *Province médicale* reproduit ces statuts en provençal. Nous nous contenterons, pour la satisfaction de nos lecteurs parisiens, de leur en servir la traduction en français.

Statuts donnés à un couvent de filles, à Avignon, par la reine Jeanne première, reine des Deux-Siciles, comtesse de Provence.

L'an mil trois cent quarante-sept, au huit du mois d'août, notre bonne reine Jeanne a permis un B... dans Avignon. Elle ne veut pas que toutes les femmes galantes se répandent dans la ville ; mais elle leur ordonne de se tenir renfermées dans la maison et de porter, pour être connues, une aiguillette rouge sur l'épaule gauche. *Item.* Si quelque fille a eu une faiblesse et qu'elle veuille s'en permettre de nouvelles, le premier huissier la mènera par-dessous les bras à travers la ville, au son du tambourin, avec l'aiguillette rouge sur l'épaule, et la logera dans la maison avec les autres. Il lui défendra de se trouver dehors, dans la ville, à peine d'être fouettée secrètement, pour la première fois, et d'être fouettée publiquement et bannie à la seconde. Notre bonne reine commande que la maison doit être établie dans la rue du Pont-Rompu, proche le couvent des frères Augustins, jusqu'à la porte de pierre, et qu'il y ait, du même côté, une porte par où tout le monde puisse passer, mais pourtant qui se ferme à clef, afin que la jeunesse ne puisse rendre visite aux filles sans la permission de l'abbesse ou supérieure, qui sera, tous les ans, nommés par les consuls. Cette supérieure gardera la clef. Elle avertira la jeunesse de ne point faire de bruit et de ne point chagriner les filles. Autrement, à la moindre plainte qu'il y aura, ils ne sortiront que pour être conduits en prison par les sergents.

La reine veut que, tous les samedis, la supérieure et un barbier visite toutes les demoiselles, qui seront dans le B..., et, s'il s'en trouve quelqu'une pour qui le métier ait eu des suites fâcheuses, qu'on la sépare des autres et qu'on la loge à l'écart, afin que personne ne l'approche, et pour éviter à la femme des accidents.

Item. S'il se trouve quelque fille qui devienne grosse, la supérieure veillera à ce qu'elle ne se défasse point de son fruit et elle avertira les consuls, afin qu'ils aient soin de l'enfant.

Item. La supérieure ne permettra à personne l'entrée de la maison tous les jours du vendredi et du samedi-saint, non plus que le bienheureux jour de Pâques, à peine d'être cassée et fouettée publiquement.

Item. La reine veut que toutes les filles vivent sans disputes et sans jalousie, qu'elles ne se volent ni se battent, mais qu'elles s'aiment comme des sœurs; que, s'il arrive quelque querelle, ce sera la supérieure qui les accordera et on sera obligé d'en passer par son jugement.

Item. Si quelque fille a fait un vol, la supérieure en fera rendre l'objet à l'amiable. Si la voleuse se refuse à la restitution, elle sera fouettée la première fois par un huissier dans une chambre et, en cas de récidive, par le bourreau dans toute la ville.

Item. La supérieure ne recevra aucun juif. S'il s'en trouve qui s'y glisse par adresse et qui ait connaissance de l'une des filles, il sera emprisonné pour être ensuite fouetté publiquement par la ville.

En lisant cet article, on ne peut trop admirer la délicatesse du rédacteur. Il voudrait priver les juifs incrédules d'un soulagement réservé seulement aux chrétiens fidèles. Peut-être voulait-il traiter ces malheureux égarés comme les animaux féroces, que l'on dompte par la faim et par la soif. C'aurait été les ramener au giron de l'Église par une étrange voie ; mais,

comme on sait, il y a des siècles où l'on prenait toutes sortes de chemins pour subjuguer le cœur de l'homme. En autorisant un établissement si utile, Jeanne pouvait avoir environ 23 ans. On aura peut-être peine à croire qu'une princesse de cet âge ait songé à se rendre la législatrice d'une pareille fondation. Mais, si l'on pense aussi que dès lors cette belle reine avait déjà fait pendre un mari qui lui déplaisait; qu'elle procura le même sort à trois autres dont elle se lassa successivement; que, dans le grand art de se défaire ainsi des maris ennuyeux, elle n'a jamais eu d'égale que la reine Marie Stuart, dont la mort arracha des larmes aux assistants et édifia toute la chrétienté, on sera moins étonné que Jeanne se soit occupée de si bonne heure des plaisirs de ses sujets.

Au reste, les lois auxquelles elle en soumettait les instruments, étaient fort sages. Il serait à souhaiter qu'on les adoptât partout et que la visite, entre autres, ne fut pas oubliée. Car enfin la faiblesse humaine paraît exiger des princes quelque complaisance, mais surtout des attentions pour le soulagement qu'on lui prépare. Ils sont, en conscience, obligés de veiller soigneusement, « per evita lou mal que la jovinesso pourré prendre. » (*Journ. d'Hyg.*).

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

MARDI 20. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (1re *série*) : MM. Panas, Berger, Hartmann. — (2e *série*) : MM. Le Dentu, Albarran, Thiéry.

MERCREDI 21. — 1er *de Doctorat*. Ancien régime : MM. Gariel, André, Heim.

VENDREDI 23. — 1er *de Doctorat* : MM. Gautier, Blanchard, Weiss. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). Charité. (1re *série*) : MM. Potain, Thoinol, Widal. — (2e *série*): MM. Straus, Gaucher, Wurtz — (1re *partie*). Obstétrique. (Clin. Baudelocque): MM. Pinard, Humbert, Varnier.

SAMEDI 24. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*).Hôtel-Dieu.(1re *série*): MM. Dieulafoy, Charrin, Ménetrier. — (2e *série*) : MM. Debove, Roger, Achard.

Enseignement médical libre.

Maladies des voies digestives. — Le Dr Paul CORNET, reprend l'enseignement pratique mutuel, à sa clinique, 11, rue de la Santé, dans l'ordre suivant : 1° chaque lundi, à 9 heures, *Technique pratique* (gastro-diaphanie, tubages, lavages, phonendoscopie, etc.; 2° les mardis et mercredis au laboratoire, *Exercices pratiques de chimie digestive* (s'inscrire au Secrétariat).

Gynécologie. — M. le Dr AUVARD, accoucheur des hôpitaux, reprendra à sa clinique privée, 15, rue Malebranche, ses entretiens clinique de gynécologie, le samedi 24 octobre, à 2 heures de l'après-midi, et les continuera les samedi et mardi à la même heure. (ces Conférences sont publiques et gratuites). Se faire inscrire les mardi, jeudi et samedi, de 2 à 3 heures.

FORMULES

Méthode pour guérir le tic douloureux. (M. le Dr DANA).

M. Dana, de New-York, a remarqué que, d'après ses expériences personnelles, l'intervention chirurgicale ne procure qu'un soulagement passager. Il indique une méthode nouvelle qu'il applique depuis deux ans à sa clinique et dans sa clientèle particulière. Elle consiste dans les procédés suivants : 1° injection hypodermique de strychnine; 2° administration de stimulants, tels que l'iodure de potassium, toniques et fer; 3° repos au lit avec une diète légère et des diurétiques. Ce traitement n'admet pas de demi-mesures, et doit être suivi intégralement. La strychine est donnée une fois par jour. La dose initiale est minime et on l'augmente lentement pendant quinze jours. La première injection provoque un léger spasme qui dure cinq à dix minutes. Peu après, le malade devient plus tranquille et entre dans un état de somnolence. Pendant ce temps, la tension artérielle augmente, le vaisseau est mieux rempli et le cœur bat plus fortement. Après avoir donné la dose maxima, il faut continuer pendant une semaine, en diminuant successivement les doses. On donne trois fois par jour de l'iodure de potassium et de la teinture de fer bien diluée. Dans un quart des cas, l'auteur a trouvé des traces d'albumine dans l'urine, avec preuves de néphrite interstitielle et de sclérose artérielle. C'est ce fait qui l'a obligé à agir avec prudence dans le traitement final. Le repos au lit est une des prescriptions sur l'importance de laquelle on ne saurait trop insister. Il amène, chez le malade, une température égale et la faculté de pouvoir supporter de plus grandes quantités de strychnine. L'auteur relate ensuite huit cas qu'il a traités avec succès (*Indépend. médic.*).

Traitement médico-chirurgical du cancer utérin.

Le traitement du cancer par le *carbure de calcium* consiste en introduction, au moyen d'un spéculum, appliqué avec beaucoup de ménagements, de fragments de carbure de calcium dans le fond du cul-de-sac postérieur et en tamponnements immédiats avec la gaze iodoformée. Au bout de 24 à 48 heures, le tamponnement est enlevé et les fragments balayés avec une bonne injection à l'écorce de chêne. Le pansement est renouvelé tous les 4 ou 5 jours. Mais dans les cas où le vagin est malade et où l'introduction répétée du spéculum paraît dangereuse, il faut s'en rapporter au traitement résumé par M. Flœrshein dans le *Journal des Praticiens :* 1° On coupera d'abord aux ciseaux toutes les parties bourgeonnantes du col; un coup de curette détruira les masses friables jusqu'à ce qu'on obtienne la sensation de tissu sain ou à peu près sain; une opération semblable sera faite sur le vagin, s'il est atteint secondairement. Si le corps de l'utérus ne paraît pas atteint, on devra s'abstenir absolument d'y passer la curette; s'il est altéré, on fera suivre le curettage d'un badigeonnage soit à la glycérine créosotée soit au naphtol camphré, soit à la teinture d'iode aqueuse.

2° On arrêtera l'hémorragie par une cautérisation des points saignants au thermo-cautère, qui, dans les cas de cancer du corps, pénétrera également dans l'intérieur de la cavité utérine. Un tamponnement serré à la gaze salolée complétera l'hémostase et sera maintenu en place pendant deux jours.

3° On pratiquera tous les jours des injections soit avec la liqueur de Labarraque (une cuillerée à soupe pour un litre d'eau bouillie), soit à l'aide des solutions suivantes, que recommande le Dr Auvard :

Acide phénique	245 grammes.
Glycérine	245 —
Essence de thym.	10 —

Une cuillerée à soupe par litre ou par deux litres d'eau, ou bien :

Acide salicylique	1 gramme.
Essence de géranium rosat. . . .	5 —
Alcool à 90°.	300 —

Une cuillerée à soupe par litre d'eau.

D'autres injections antiseptiques pourront suppléer, lorsque l'action des précédentes paraîtra s'affaiblir : citons notamment le coaltar saponiné (3 à 6 cuillerées à soupe par litre d'eau, la teinture de benjoin, et les diverses essences odorantes, dont on pourra se servir en vaporisation dans la chambre de la malade, qu'on aérera fréquemment, et dont on vaporisera les vêtements.

4° Enfin, de temps en temps, on remplacera une injection par un tampon imbibé de la poudre de Championnère :

Poudre de benjoin,
— d'iodoforme,
— de magnésie eucalyptolée.

Par parties égales.

Bien entendu, les toniques ne seront pas négligés, et le vin de quinquina, la teinture de kola, la liqueur de Fowler, le vin de Champagne, etc., seront employés à soutenir les forces de la malade.

L'ensemble des opérations faites pour lutter contre le cancer utérin prouve aujourd'hui d'une façon indiscutable que l'hystérectomie vaginale, appliquée au traitement de cette affection, est une mauvaise opération, qui ne modifie nullement la marche de la maladie chez les femmes d'un âge moyen, et qui, nous a-t-il semblé, en précipite au contraire l'évolution chez les jeunes. (*France méd.*).

Formules pour le traitement de la conjonctivite pseudo-membraneuse. (M. S. SAMEH).

Acide phénique. . . .	1 gramme.
Chlorhydrate de cocaïne.	0 gr. 30 centigr.
Glycérine pure. . . .	30 grammes.

Mêlez. — Usage externe.

On touche la conjonctive atteinte une ou deux fois par jour avec cette solution.

Dans les intervalles, on fait appliquer sur les paupières, cinq ou six fois par jour, des compresses trempées dans une décoction chaude de pavot et on lave les culs-de-sac palpébraux avec la solution suivante :

Acide phénique.	10 grammes.
Glycérine.	90 —
Eau distillée bouillie	900

F. S. A. — Usage externe.

Après chaque lavage, on introduit entre les paupières un peu de la pommade ci-dessous formulée :

Acide phénique	0 gr. 20 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne.	0 — 40 —
Vaseline	āā 5 grammes.
Lanoline	

Mêlez. — Usage externe. (*Sem. méd.*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 27 sept. au samedi 3 oct. 1896, les naissances ont été au nombre de 1 042, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 427 ; illégitimes, 164, Total, 591. — *Sexe féminin* : légitimes, 308 ; illégitimes, 143. Total, 451.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 27 sept. au samedi 3 oct. 1896, les décès ont été au nombre de 716, savoir : 366 hommes et 350 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 1, T. 2. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 2, F. 1, T. 3. — Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 4, F. 4, T. 8. — Diphtérie, Croup : M. 1, F. 2, T. 3. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 105, F. 74, T. 179. — Méningite tuberculeuse : M. 7, F. 8, T. 15. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 8, T. 17. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 4, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 37, T. 55. — Méningite simple : M. 12, F. 10, T. 22. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 20, F. 19, T. 39, — Paralysie, M. 3, F. 5, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 2, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 16, F. 34, T. 50. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 3, T. 6. — Bronchite chronique : M. 3, F. 8, T. 11. — Broncho-pneumonie : M. 4, F. 3, T. 7. — Pneumonie : M. 9, F. 6, T. 15. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 10, F. 13, T. 23 — Gastro-entérite, biberon : M. 14, F. 12, T. 26. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 3, T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 0, T. 1. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 2, T. 4. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 8, F. 11, T. 19. — Sénilité : M. 15, F. 15, T. 30. — Suicides : M. 12, F. 5, T. 17. — Autres morts violentes : M. 11, F. 6, T. 17. — Autres causes de mort : M. 59, F. 44, T. 103. — Causes restées inconnues : M. 2, F. 0, T. 2.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 84, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31, illégitimes, 8. Total : 39. — *Sexe féminin* : légitimes, 33, illégitimes, 12. Total : 45.

Faculté de médecine de Lille. — M. le Dr Surmont, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1896-1897, d'un cours d'hygiène.

Ecole de médecine de Clermont. — M. le Dr Bousquet, professeur de clinique chirurgicale, est nommé pour une période de trois ans, directeur de ladite Ecole.

Universités étrangères. — *Faculté de médecine de Cracovie* : M. le Dr L. Krysinski est nommé privatdocent de chirurgie. — *Faculté de médecine de Halle* : M. le Dr Pr Jensen est nommé privatdocent de physiologie. — *Faculté tchèque de médecine de Prague* : M. le Dr L. Haskovec est nommé privatdocent de neurologie. — *Atlanta Medical College* : M. le Dr H. P. Cooper est nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. W. S. Armstrong, décédé. (*Sem. Médic.*)

Distinctions honorifiques. — Sont nommés : *Officiers de l'instruction publique* : MM. les Drs Léon Petit (de Paris), Bastiou (de Lannion), Berlioz (de Grenoble), Caradec (de Brest), Fournier (d'Angoulême), de Langenhagen (de la Motte-les-Bains), Liégeois (de Bainville-aux-Saules), Nicolas et Simon (de Nancy), Ravenez (médecin militaire), Friocourt et Talairach (médecins de la marine).

Officiers d'académie : MM. les Drs Gouguenheim (de Paris), Morisson (de Maisons-Alfort), Baches (de Sos), Berguin (de Castelmoron-sur Lot), Bretenaker (de Châlons-sur-Marne), Castéran (de la Pooté), Comte (de Grenoble), Darroze (de Pontoux-sur-l'Adour), Delfau (de Bessèges), Dousset (de la Guerche), Galotte et Stoeber (de Saint-Dié), Gautier (de Bazouges-la-Pérouze), Grcuell (de Gérardmer), Laydeker (d'Avize), Lelorrain (de Longwy), Le Moyne et Waquet (de Lorient), Marcotte et Woimant (de Soissons), Maréchal (de Brest), Marlier (de Bruyères-en-Vosges), Mathey (de Mouthier), Pethiot (du Conquet), Quentin (de Rouen), Quettier (de Berck-sur-Mer), Simonneau (de Montfort-sur-Mer), Templé (de Rennes), Walmé (de Chauny).

Conseil d'Hygiène publique et de Salubrité de la Seine. — Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine procédera dans sa séance du 6 novembre, à une élection pour remplacer M. le Dr Lagneau, décédé.

Comité de protection des Enfants du premier age de la Seine. — Par arrêté en date du 30 septembre 1896, M. le préfet de police vient de nommer membre du Comité départemental de protection des enfants du premier âge du département de la Seine, en remplacement de M. Rochard, décédé, M. Albert Josias, membre du Conseil d'hygiène du département de la Seine.

Le Budget des Facultés. — La commission du budget, qui a repris lundi ses travaux, interrompus un moment par les fêtes en l'honneur du Czar, a commencé l'examen du budget de l'Instruction publique. A propos de l'article 7 (Facultés), elle a exprimé le désir qu'à l'avenir chaque Faculté ait son budget spécial. (*Revue Médicale*).

Association des Étudiants de Paris. — Pour répondre au vœu qui lui en avait été si souvent exprimé et auquel il lui avait été impossible jusqu'ici de donner satisfaction, la section de Médecine de l'Association des Etudiants de Paris vient d'organiser pour Paris et la banlieue deux services d'une utilité incontestable : l'un des remplacements de médecins, l'autre de garde auprès des malades. Ces deux services sont confiés à des étudiants en médecine pourvus du nombre d'inscriptions suffisantes. Ils fonctionnent à partir du 1er octobre sous la direction de l'Association des étudiants, 41, rue des Ecoles.

Missions scientifiques. — M. Gaston Buchet, chargé de mission scientifique à Santa-Cruz de la Palma (Iles Canaries), fait une enquête sur la grande pêche de la côte occidentale d'Afrique et sur les pêches canariennes.

Monument du Dr Maillot. — La cérémonie d'inauguration de la statue élevée à Briey au Dr Maillot, ancien président du conseil de santé des armées, aura lieu le dimanche 18 octobre courant.

Fédération médicale belge. — La *Revue Médicale* annonce qu'un projet de code déontologique, élaboré par MM. Wibo et Borginon, vient d'être pris en considération par la Fédération médicale belge qui va le faire imprimer et distribuer à tous ses membres, en vue des amendements qu'ils pourraient se proposer d'y apporter.

Asiles d'Aliénés de la Seine. — Le concours pour les places d'internes vacantes au 1er janvier prochain dans les asiles d'aliénés de Sainte-Anne, Ville-Evrard, Villejuif, Bicêtre et l'Infirmerie spéciale de la préfecture de police aura lieu le 9 novembre.

Hôpitaux de Paris. — *Concours d'Internat.* — Le jury de l'internat est actuellement composé de la façon suivante : MM. Brocq, Guyot, Bergeron, Achard, Lejars, Guinard, Lannelongue, Berger, Bar et Maygrier. MM. Brocq, Achard et Guinard ont accepté. — La composition écrite du Concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le lundi 19 octobre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

Hôpitaux de Bordeaux. — *Concours de l'Externat et Incidents.* — Mardi dernier après-midi, devait avoir lieu à Saint-Raphaël, annexe de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, les examens pour l'admissibilité à l'externat. Les étudiants qui veulent concourir sont tenus d'avoir accompli un stage dans un service hospitalier. Or, cette année, le Conseil d'administration des hospices avait cru devoir accorder aux élèves de première année de l'École navale la faveur de prendre part au concours, bien qu'ils n'eussent encore accompli aucun stage. Les étudiants civils se sont émus de la chose et, apres avoir signé une protestation dans laquelle ils déclaraient renoncer à toute candidature, ils se sont livrés, au moment ou s'ouvrait la séance d'examen, à une manifestation. Le président du jury, après s'être fait exposer les raisons du mécontentement des étudiants civils, a levé la séance, renvoyant le concours à une date ultérieure et promettant que les revendications des manifestants feraient l'objet d'un examen prochain de la part du conseil d'administration des hospices. Des bravos prolongés ont accueilli cette déclaration et les étudiants ont quitté la salle, enchantés de l'issue du conflit. (*Revue Médicale*).

La Peste aux Indes anglaises. — L'épidémie de peste bubonique, qui avait commencé à sévir à Bombay, vient de prendre de l'extension. On a constaté à Calcutta trois cas de cette maladie étrange, qui a pour la première fois été complètement étudiée à Hong-Kong, il y a trois ans.

Un médecin psychologue. — On écrit de New-York qu'un médecin de Chicago a poignardé sa femme, et, tranquillement assis à côté de la victime, il a noté consciencieusement sur son carnet les détails horribles de son agonie en y ajoutant des commentaires sur le genre de mort. Aussitôt arrêté, le médecin a réussi à se suicider avec un revolver.

Nécrologie. — M. le Dr Coze, professeur honoraire des Facultés de Médecine de Strasbourg et de Nancy, chevalier de la Légion d'honneur, associé national de l'Académie de médecine, décédé à Nancy, décédé dans sa soixante-dix-septième année. — M. le Dr Champouillon, ancien médecin principal, officier de la Légion d'honneur, décédé à Vézelise (Meurthe-et-Moselle), à l'age de soixante-dix ans. — M. le Dr Lhoste (de Montfort). — M. le Dr Charles Champy, conseiller d'arrondissement, décédé presque subitement à Uzemain (Vosges), à l'age de cinquante huit ans. — M. le Dr Jean (de Limoux). — M. le Dr Emile Vialle, chevalier

de la Légion d'honneur, décédé le 7 octobre 1896, à l'âge de 48 ans, rédacteur de l'*Actualité Médicale*. — M. le Dr RECH (Georges-Louis), ancien chirurgien de la marine, médecin-inspecteur des écoles du 17e arrondissement de Paris, décédé subitement le 25 septembre, à l'âge de 66 ans. — M. le Dr MORAND, du Péage-du-Roussillon (Isère), reçu en 1877. — M. le Dr BIERCHY, de Sassenage (Isère). — M. le Dr GREUZARD, de Mâcon, reçu en 1833. — M. le Dr Maurice SCHIFF, le célèbre professeur de physiologie à à la Faculté de Genève. — M. le Dr VOGUET, de Tagnon (Ardennes), en voulant traverser la voie du chemin de fer au moment du passage d'un train qui ramenait sa femme de voyage, a été tamponné par la locomotive et affreusement broyé. — Un célèbre explorateur de l'Afrique, M. le Dr Joseph-Auguste MOLONEY, d'origine irlandaise, vient de mourir, à l'âge de trente-huit ans, des suites d'une hématurie contractée pendant l'expédition du Katanga, dans laquelle il joua un rôle important. Après avoir exercé, pendant quelques années, la profession médicale à Londres, M. Moloney fit au Maroc un voyage qui décida de sa carrière : il ne rêva plus qu'exploration. En 1891, il fut agréé comme médecin de l'expédition Stairs par la Compagnie de Katanga ; on trouve le récit de ses aventures et le compte rendu de ses travaux en 1891 et 1892 dans l'ouvrage qu'il publia en 1893 sous ce titre : *Avec le capitaine Stairs au Katanga*. Au commencement de l'année dernière, M. Moloney accepta le commandement d'une expédition anglaise qui partit en mai 1895 pour explorer les territoires situés à l'Occident du lac Nyassa, aux environs de la rivière Loangoue ; il atteignit, non sans de grands efforts, le but qu'il se proposait, et réussit à établir des rapports d'amitié avec plusieurs chefs indigènes de la région. — A Pleyben (Finistère) vient de mourir M. le Dr LEBRETON, né à Ploërmel en 1807 et qui fut deux fois député du Finistère. A la Constituante de 1848, il fut secrétaire du comité de la marine et vota toujours contre la politique du prince président ; à l'Assemblée nationale de 1871, il fit partie de la gauche républicaine. Depuis 1876, il avait quitté la vie politique. Tout récemment, lors de son voyage en Bretagne, le Président de la République avait expressément tenu à serrer la main à ce vétéran des assemblées parlementaires et à ce vaillant républicain. M. Lebreton *avait refusé la Croix de la Légion d'honneur* ; mais il était médaillé du siège d'Alger, ayant assisté au bombardement de cette ville en qualité de chirurgien de marine. Nous adressons à la famille de ce brave nos douloureux compliments de condoléances (M.B.) — M. le Dr GEY, conseiller général républicain de l'Oise pour le canton de Méru. — Sir Ferdinand de MULLER, célèbre naturaliste, décédé à Melbourne, en Australie, à l'âge de 71 ans. D'origine allemande, après avoir étudié la médecine et les sciences naturelles à Kiel, il se rendit en Australie où il fit de grandes explorations et dirigea le jardin botanique de Melbourne. M. de Muller était membre correspondant de l'Institut de France. C'était un savant de premier ordre. — M. le Dr W. BELOHRADSKY, professeur extraordinaire de médecine légale à la Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. le Dr Manuel Maria da COSTA LEITE, vicomte d'Oliveira, ancien professeur d'obstétrique à l'Ecole de Médecine de Porto.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CARVALLO (D.). — Movimiento de la casa de orates de Santiago en el primer semestre de 1895. — Brochure in-4 de 32 pages. — Santiago de Chili, 1895. — Imprenta Gutenberg.

WENCESLAS DIAZ. — Memoria de la comision directiva del servicio sanitario del colera presentada al senor Ministro del Interior. Volume in-4 de 359 pages, avec 2 grands tracés hors texte. — Santiago de Chile, 1893. — Imprenta Nacional.

UNNA (P.-G.). — Die Darstellung des Fibrins. Brochure in-8 de 3 pages. — Leipzig, 1896. — *Monatschefte für Praktische Dermatologie.*

UNNA (P.-G.). — Zur Farbung der roten Blutkürperchen und des Pigments. Brochure in-8 de 9 pages. — Leipzig, 1896. — *Monatschefte für Praktische Dermatologie.*

UNNA. — Uber mucinartige Bertanddels der Neurofibrome und des centralnervensystem. Brochure in-8 de 12 pages. — Leipzig, 1894. — *Monatschefte für Praktische Dermatologie.*

UNNA. — Uber specifische Färbung des Mucins. Brochure in-8 de 11 pages. — Leipzig, 1895. — *Monatschefte für Praktische Dermatologie.*

UNNA. — Uber Piedra nostras. Brochure in-8 de 7 pages. — Leipzig, 1895. — *Monatschefte für Praktische Dermatologie.*

UNNA. — Phlyktaenosia steptogenes, ein durch streptokokkembolisation erzeugtes, akutes Exanthem. Brochure in-8 de 10 p. — Leipzig, 1896. — *Deutsch Medicinal-Zeitung.*

UNNA. — Eczema of the hands or fingers. Brochure in-8 de 8 pages. — Bristol, 1894. — *Medical Journal.*

FÜRST (L.). — Die Pathologie der Schutzpocken-Impfung. Volume in-8 de 110 pages. — Berlin, 1896. — Verlag O. Coblentz.

JAQUET (A.). — Die Stellungsnahme des Arztes zur Abstinenzfrage. Brochure in-8 de 67 pages. — Basel, 1896. — Benno Schwabe.

SANO (P.). — Un cas de paralysie postiphtéritique avec artropxie. Brochure in-8 de 4 pages, avec 4 figures. — Bruxelles, 1896. — *Journal de Neurologie.*

VALLIN. — Rapport sur les travaux des commissions d'hygiène du département de la Seine et des communes de Saint-Cloud, Sèvres et Meudon en 1894. Volume in-4 de 259 pages. — Paris, 1896. — Imprimerie Chaix.

LEFEBVRE (Ch.) — Notice et documents adressés à MM. les Sénateurs et Députés, le 18 avril 1894, sur le monopole des inhumations. Brochure in-8 de 39 pages. — Paris, 1894. Imprimerie Chaix.

LIVI (R.). — Antropometria militare. — Resultati ottenuti dallo spoglio dei fogli sanitarii dei militari delle classi 1859-63. Exeguito dall' ispettorato di sanita militare per ordine del Ministero della Guerra. Part I (Dati antropologici ed [illegible]). Volume in-4 de 419 pages, avec un atlas contenant 23 planches. — Roma 1896. — Presso H. Giornale Medico del Regio Exercito.

MASQUERAY (L.). — Etude sur les kystes hydatiques [illegible] tère et des mésocolon. Brochure in-8 de 49 pages. — Paris, 18[illegible]. — Librairie Ollier-Henry.

MÖBIUS (P.-J.). — Ueber die Behandlung von Nervenkranken und die Errichtung von Nervenheilstätten. [illegible] p. — Berlin, 1896. — Verlag von S. Karger.

NONNE und BESELIN. — Ueber [illegible] und L[illegible]stände der exterioren und interioren Augen Muskeln bei H[illegible]. Brochure in-8 de 3[illegible] pages. — Leipzig, [illegible]. — V[illegible] A. [illegible].

Le Rédacteur [illegible]

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCC.) [illegible]

3e SÉRIE. T. IV. N° 43. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 24 OCTOBRE 1896.

Le Progrès Médical

MÉDECINE OPÉRATOIRE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — COURS D'OPÉRATIONS.

Chirurgie de la Plèvre pulmonaire;

par Félix TERRIER,
Chirurgien de l'Hôpital Bichat,
Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Paris.

QUATRIÈME LEÇON (1).

Leçon recueillie par E. REYMOND.

Messieurs,

Nous avons étudié, dans les précédentes leçons, les opérations portant exclusivement sur la plèvre : nous étudierons dans la prochaine celles qui constituent la chirurgie pulmonaire proprement dite : pneumotomie et pneumectomie. Mais entre les deux, la limite n'est pas précise et il existe une série d'opérations qui intéressent au même chef la plèvre et le poumon. Les deux organes ont des rapports trop étroits pour que leur chirurgie ne se confonde pas sur plus d'un point.

Les opérations que nous avons étudiées jusqu'à présent portaient toutes sur le feuillet pariétal de la plèvre ; mais il en est qui sont dirigées sur le feuillet viscéral ; cependant il est impossible qu'elles n'intéressent pas aussi le parenchyme pulmonaire.

La *suture* du poumon après traumatisme porte en même temps et sur la séreuse et sur le tissu qu'elle recouvre ; de même pour l'occlusion de l'orifice d'un pneumothorax.

La *décortication* du poumon, que nous verrons ensuite, a pour but de libérer le poumon de la coque que lui forme parfois la plèvre épaissie, mais le poumon lui-même ne prend que trop souvent part à l'intervention.

Enfin si nous considérons la *pleurésie interlobaire*, la seule dont le contenu se trouve enveloppé uniquement par la plèvre viscérale, nous voyons que le traitement, usité jusqu'ici, consiste, le plus souvent, à aller au-devant du pus à travers le parenchyme pulmonaire, en faisant par conséquent une véritable pneumotomie.

Dans cette leçon, j'ai voulu grouper les opérations portant sur la plèvre viscérale ; mais je tiens à vous faire remarquer que nous entrons dès lors dans la chirurgie du poumon.

Nous allons donc successivement étudier : la suture, la décortication du poumon, et le traitement de la pleurésie interlobaire.

La *suture du poumon*, peut être tentée, à la suite d'un traumatisme ayant déchiré le poumon, ou bien à la suite d'une affection médicale ayant déterminé une communication anormale entre les canaux bronchiques et la plèvre, autrement dit un pneumothorax.

L'intervention à la suite d'une *plaie pulmonaire* a, depuis longtemps, donné lieu à discussion, mais à un tout autre point de vue que celui de la suture. La question se posait le plus souvent sous cette forme : Lorsqu'après une plaie thoracique ayant intéressé le poumon, un hémothorax se produit, faut-il le ponctionner ? N'est-ce pas là le meilleur procédé pour parer aux accidents immédiats de dyspnée et en même temps pour empêcher l'hémothorax de devenir plus tard purulent ?

Mais, d'autre part, cette évacuation de la plèvre ne crée-t-elle pas une chance nouvelle d'hémorrhagie pulmonaire ? Le sang déjà épanché pouvait faire l'hémostase par la pression même qu'il déterminait sur le poumon : supprimer cette compression n'était-ce pas inviter la plaie du poumon à saigner à nouveau ? De là, deux opinions extrêmes et beaucoup d'opinions intermédiaires. Les uns ponctionnaient toujours et les autres jamais ; les uns voulaient qu'on attendit un certain temps pour vider l'hémothorax, d'autres qu'on ne le vide qu'en partie seulement, pour parer aux accidents très graves de suffocation.

Mais je n'insiste pas sur ces diverses opinions développées il y a longtemps dans la thèse d'agrégation de Benjamin Anger (1) et depuis dans la thèse de Ch. Nélaton (2) ; elles ne s'adressent qu'au traitement du sang déjà épanché et n'envisagent pas la possibilité d'agir sur la plaie du poumon elle-même.

On tend cependant aujourd'hui, chaque fois qu'un vaisseau saigne dans une région quelconque, à aller à sa recherche et à obtenir l'hémostase directe.

Or, ce qui semble possible et pour l'abdomen et pour la cavité de la tête, ne le serait-il pas pour le poumon ?

C'est en 1885, qu'Omboni (de Crémone) tenta une intervention de ce genre pour une large plaie du poumon déterminée par un coup de feu. Une incision de 13 cent. fut faite à la hauteur du troisième espace intercostal et permit de découvrir le sommet du poumon qui avait été blessé ; ce sommet fut attiré dans la plaie, lié dans un double nœud de catgut et réséqué ; puis on réduisit la ligature et on ferma la plaie : même opération sur un autre point blessé, soit l'extrémité antéro-externe du lobe inférieur, contiguë au péricarde et au diaphragme. Le malade mourut au bout de sept jours probablement de pyohémie. Comme on le voit, il s'agirait dans ce cas d'une résection, bien plus que d'une suture du poumon.

Delorme (3) se comporta un peu différemment chez un officier qui s'était porté quatre coups de couteau dans la poitrine : un hémothorax s'était produit aussitôt ; mais ce n'est que trois jours après que Delorme eut l'occasion d'intervenir. Il pratique un large volet thoracique, mit à nu les plaies du poumon qu'il sutura à la soie. Le malade mourut un quart d'heure après l'opération.

Michaux fut assez heureux pour obtenir la guérison chez un jeune homme qui s'était tiré un coup de revolver à deux travers de doigt en dehors du mamelon ; 18 heures après l'accident, l'état d'anémie était tel

(1) Voir *Progrès médical*, n°s 35, 37 et 39, 1894.

(1) Benjamin Anger. — *Plaies pénétrantes de poitrine*. Th. agr., Paris, 1866.

(2) Ch Nélaton. — *Epanchements du sang dans la plèvre* Th., Paris, 1880.

(3) Delorme. — *Congrès de Chirurgie*, 1893.

qu'on se décida à intervenir ; on tailla un grand lambeau cutané en U et on réséqua dix centimètres des septième et huitième côtes. La paroi thoraco-pleurale étant alors incisée comme les téguments, par l'ouverture ainsi faite s'échappe du sang et de l'air qu'on évacue et en rejetant en dehors le bord antérieur du lobe inférieur, on voit le sang sourdre au-dessous du pédicule, vers le point où les branches vasculaires inférieures pénètrent dans le poumon ou en sortent. Jugeant alors qu'il ne serait pas prudent de placer une pince hémostatique sur ce point dans la crainte d'oblitérer un gros vaisseau, Michaux se contenta de conduire jusqu'à la plaie pulmonaire une mèche de gaze iodoformée; puis il referma la plaie après avoir draîné la plèvre. La guérison fut complète.

Voilà trois cas pour lesquels on a agi directement sur la plaie du poumon, mais par des procédés différents : Omboni a fait une résection pulmonaire, Delorme une suture, Michaux une compression par tamponnement avec de la gaze iodoformée.

Les observations de ce genre sont encore trop peu nombreuses pour qu'on puisse être fixé sur le manuel opératoire préférable, mais je crois que l'avenir est à l'intervention portant directement sur la plaie du poumon.

Celle-ci n'est pas toujours consécutive comme dans les cas précédents à un traumatisme ; elle peut se produire au cours d'affections médicales déterminant l'ouverture d'une bronche dans la plèvre : c'est le *pneumothorax médical*, qui, presque toujours alors, est un pyopneumothorax.

Celui-ci peut-il être traité chirurgicalement avec avantage ! La question a été discutée à Paris à la Société médicale des hôpitaux, le 13 novembre 1891, et l'opinion générale a été peu favorable à l'intervention. Seul Merklen s'appuyant sur une observation personnelle s'en est montré presque partisan. Debove, Rendu, Netter semblent plutot opposés ; Richardière cite un cas qu'il considère comme favorable. Galliard (1) dans un ouvrage sur le pneumothorax, fait remarquer que les tentatives ont jusqu'à présent donné plus d'insuccès que de succès ; il constate que Leyden n'a eu que deux succès sur quatre cas de pyopneumothorax tuberculeux et Guttmann, un succès sur trois cas ; il pense donc qu'on doit s'abstenir chez les tuberculeux.

Ce n'est pas, en effet, parmi ces derniers qu'il nous faut chercher ni les premiers succès, ni les guérisons complètes. Le pyopneumothorax qu'opéra Guermonprez (2), professeur à la Faculté libre de Lille, s'était développé au cours d'une pleurésie suite de scarlatine. La résection costale qui fut pratiquée permit de mettre à nu une fistule broncho-pulmonaire de 4 centim. de hauteur ; on sutura celle-ci au catgut ; la convalescence fut longue, mais la guérison fut complète.

C'est par un procédé un peu différent, et en utilisant sa méthode de volet thoracique que Delorme (3) en 1895, intervenait sur un malade du service de M. Reynier ; la fistule pleuro-pulmonaire fut fermée par deux points de suture, la communication avec les bronches parut oblitérée ; malheureusement le malade qui était tuberculeux vit s'ouvrir par la suite une fistule pleuro-cutanée.

(1) Galliard. — *Le Pneumothorax*. Biblioth. Charcot-Debove. — *Médecine moderne*, 7 mai 1894.

(2) Guermonprez. — *Société médicale des Hôpitaux*, Paris, 14 Juin 1889.

(3) Delorme. — *Congrès de Chirurgie*, 1895.

C'est qu'en effet, dans le pyopneumothorax l'infection de la plèvre constitue le facteur le plus important et son traitement l'élément principal du succès. Aussi voyons-nous Lardy (1) de Constantinople intervenant dans un pyopneumothorax suite de grippe, se contenter d'aviver et de curetter la fistule pulmonaire. Puis après avoir eu la chance de décortiquer facilement le poumon, il fit un tamponnement antiseptique de la plèvre, la draina et sutura les téguments autour du draîn : et le malade guérit.

Le résultat obtenu par H. Delagénière (2) est plus intéressant encore, en ce sens qu'il s'agit d'une caverne tuberculeuse communiquant avec la plèvre. Il résèque successivement des fragments des huitième, septième, sixième côtes; il isole la caverne de la plèvre par quatre points de suture, placés à une certaine distance de l'orifice : les suites ont été simples.

Non moins heureux ont été les résultats des deux cas publiés par Gérard-Marchant (3) et cependant il s'agissait de pyopneumothorax chez des tuberculeux. Dans le premier cas, sur deux fistules une seule est suturée, l'autre est inaccessible ; dans le deuxième cas, la fistule a des bords friables qui s'effritent et ne permettent pas non plus de pratiquer la suture. Ces orifices se sont toutefois spontanément fermés; aussi Gérard-Marchant pense-t-il qu'il faut donner moins d'importance à l'occlusion immédiate, de ces fistules qu'à leur grattage et surtout au traitement de la plèvre ; il trouve trois raisons différentes pour expliquer cette rapide fermeture spontanée : 1° le pus de la plèvre ne passe plus par l'orifice, dérivé qu'il est par le drainage pleural; 2° la paroi thoracique rendue mobile par l'opération d'Estlander tend à se rapprocher du poumon et la plèvre pariétale tend à s'appliquer sur la fistule; 3° enfin le poumon en se dilatant tend à rétrécir l'orifice.

Gérard-Marchant insiste aussi sur les dangers du lavage pleural qui sont bien faciles à concevoir pour des cas de ce genre.

Le traitement chirurgical du pneumothorax ne peut être encore nettement précisé, vu le petit nombre d'observations publiées; toutefois, quand il s'agit d'un pneumothorax traumatique avec épanchement de sang persistant, l'intervention me paraît très rationnelle.

La question est plus difficile pour ce qui est du pneumothorax médical, surtout celui d'origine tuberculeuse; et cependant même en ce cas l'opération me paraît très admissible s'il ne s'agit pas d'une tuberculose avancée, mais bien d'un tubercule mal placé, d'une lésion peu étendue mais périphérique ayant de bonne heure créé un pneumothorax. Celui-ci peut s'opposer à la guérison de la tuberculose par les mauvaises conditions où il place le poumon; en ce cas, supprimer le pyopneumothorax, c'est permettre à la tuberculose elle-même de guérir.

Je serais plus réservé, s'il s'agissait d'une large caverne qui, ayant peu à peu ulcéré le parenchyme pulmonaire, se soit finalement ouverte dans la plèvre ; dans ce cas du moins, il ne faudrait pas se contenter de traiter le pyopneumothorax, mais traiter encore la caverne, comme très logiquement le propose H. Delagénière (du Mans).

(1) Lardy. — *Corresp. Blatt für Scheiw. Ærzte*, 15 mars 1895, page 167.

(2) H. Delagénière. — *Congrès de Chirurgie*, 1895, page 110

(3) Gérard Marchant. — *Congrès de Chirurgie*, 22 octobre 1895.

Je vous disais tout à l'heure que la guérison de la fistule pleuro-pulmonaire tenait moins à son oblitération immédiate qu'au traitement qu'on faisait en même temps subir à la plèvre. Dans ce traitement, il est une forme d'intervention dont je ne vous ai pas parlé encore, car elle porte uniquement sur la plèvre viscérale : c'est la *décortication pulmonaire*.

Celle-ci a été signalée pour la première fois par Delorme (1), qui depuis s'est fait le défenseur de cette méthode. Cet auteur a été frappé de la facilité assez grande avec laquelle le feuillet viscéral ressortant de la plèvre se détachait du poumon et cela alors que la pleurésie était ancienne ; or la résistance de ce feuillet est la cause principale de la retraction pulmonaire ou du moins de son inextensibilité et celle-ci, pense Delorme, joue un rôle dans la pleurésie chronique au moins aussi considérable que la rigidité de la paroi externe.

Ne pourrait-on débarrasser le poumon de cette carapace résistante et lui rendre par cela même sa souplesse et son extensibilité ?

C'est en mai 1892 que Delorme tente pour la première fois cette intervention sur un malade présentant un abcès volumineux de la paroi thoracique gauche, abcès tuberculeux avec un diverticule intra-thoracique aussi étendu que la poche extérieure. Après excision de la poche externe, on enlève un volet thoracique de 8 cent. de longueur sur 12 cent. de largeur. « Je pus alors, dit Delorme, aisément disséquer au bistouri et avec des ciseaux la paroi épaisse de plus 1 cent. répondant à la plèvre pariétale et la paroi de la poche qui, non moins épaisse, inextensible et fongueuse, recouvrait le poumon gauche et médiatement le péricarde dans une assez grande étendue. » Le volet rabattu fut réuni par des fils de soie au niveau des espaces intercostaux, la plaie guérit par première intention et les côtes étaient solides au bout d'un mois.

Delorme allait tenter une seconde fois cette opération dont le résultat avait été satisfaisant, lorsque le malade porteur d'un empyème succomba à une maladie intercurrente ; mais, d'après lui, l'autopsie fut aussi concluante que l'eût été l'opération. Ayant appliqué sur le cadavre son procédé de volet thoracique, Delorme chercha à disséquer et abraser la fausse membrane pulmonaire. Cette dissection lui sembla si longue et si difficile qu'il n'aurait pu la pratiquer sur le vivant. Mais dans un point où la fausse membrane avait été linéairement incisée, introduisant sous elle une sonde cannelée, il constata que la séparation en était facile et rapide : avec l'index glissé entre elle et le poumon, elle se décollait si bien qu'en quelques minutes, on pouvait en libérer complètement la surface du poumon : celui-ci était sain, crépitant, extensible. Quant à la membrane dont la séparation avait été si facile, elle avait la résistance du cuir.

La première intervention sur un malade atteint d'empyème et traité sans succès par la pleurotomie, fut lue à l'Académie de Médecine, le 23 janvier 1894, par Delorme (2). Il appliqua le procédé déjà écrit au Congrès de Chirurgie. Après avoir mis à nu la plèvre viscérale par le curage, et l'avoir frottée au moyen de compresses, on l'incisa linéairement, puis on l'ébarba couche par couche avec les ciseaux. De quelques coups de sonde cannelée, bientot remplacée par l'index, on dégagea la fausse membrane. Le poumon apparut sain ; une fois dégagé de sa coque, *il se déplissa brusquement et sous l'influence de très légères quintes de toux, il se gonfla et vint faire hernie au dehors de la paroi thoracique*. L'opération ne datait alors que de 4 jours, et l'état du malade était aussi satisfaisant que possible. Malheureusement l'opéré mourut après quelques jours.

Delorme pratiqua une deuxième fois la même opération chez un malade du Dr Reynier, alors chirurgien de Tenon ; nous avons déjà parlé de ce fait à propos des fistules pleurales et du pyopneumothorax. C'est pendant la décortication qu'on découvrit la fistule pulmonaire et on y plaça deux points de suture. Le malade guérit de l'intervention, mais une fistule pleuro-cutanée persista.

P. Reclus pratiqua lui aussi une décortication ; il eut un insuccès rapide (1895).

Au contraire, Lardy (1) opérant un pyopneumothorax suite de grippe trouva la décortication remarquablement facile et obtint un heureux résultat ; notons que la pleurésie datait de 8 mois et que la membrane recouvrant le poumon avait 3 mm. d'épaisseur.

Depuis lors, d'autres tentatives de décortication pulmonaire plus ou moins étendue, ont été faites, entre autres par M. le Dr Robert Sorel (du Havre) (2).

Son malade avait subi, un an auparavant, la ponction de la plèvre gauche et on avait retiré d'urgence, à cause de la dyspnée, 700 gr. de pus. Comme la respiration ne s'était pas reproduite de ce côté, on proposa au malade de l'opérer, c'est-à-dire d'ouvrir largement le thorax à gauche et de libérer le poumon de sa coque pseudo-membraneuse.

L'opération fut faite le 11 septembre 1894. On taille un large volet thoracique et il s'échappe plus d'un litre de pus de la plèvre gauche. L'opérateur eut de grandes difficultés à reconnaître la position probable du poumon, rétracté vers la colonne vertébrale. On essuie la cavité avec des compresses stérilisées, puis on détache avec le doigt la fausse membrane dans l'angle vertébral en haut du thorax. On l'incise ensuite de bas en haut avec des ciseaux, saisit la section antérieure de la pseudo-membrane avec des pinces et décortique le poumon. Celui-ci ne se déplissa pas comme dans le fait de Delorme. Toutefois il augmenta assez de volume pour remplir à moitié le thorax. Il y eut pas mal de sang et on dut faire des ligatures artérielles. La fausse membrane, épaisse comme les parois de l'aorte, fut réséquée. Tamponnement de la plèvre avec quatre mèches iodoformées. On rabat le volet thoracique et même on enlève la sixième côte trop dénudée.

Cette opération, de deux heures de durée, détermina un très léger choc combattu par des injections d'éther et de caféine.

Les suites furent assez simples, sauf une élévation de température due à la suppuration de la plèvre et des signes de congestion pulmonaire. Le malade se leva le septième jour avec deux drains dans la poitrine. Au bout de trois mois et demi, il sortit de l'hôpital ayant un bon aspect, engraissé, mais avec un trajet fistuleux.

Ultérieurement, nouvelle poussée de tuberculose et mort le 3 octobre 1895, c'est-à-dire plus d'une année après l'opération. L'autopsie confirma l'existence d'une tuberculose étendue de deux poumons. De plus, on constata que seul le lobe supérieur du poumon gauche était dilaté et adhérent à la cavité pleurale, tandis que le lobe inférieur était resté flasque le long de la colonne vertébrale. Deux fistules pleurales persistaient.

(1) Delorme. — 7e *Congrès de Chir.*, 1893, p. 422.
(2) *Semaine Médicale*, 1894, n° 36.

(1) *Loc. citato.*
(2) *Normandie Médicale*, 15 novembre 1895, n° 22, p. 439.

L'auteur conclut à l'intervention précoce dans ces cas de rétraction du poumon maintenu par une pseudo-membrane plus ou moins épaisse.

On peut dire, actuellement au moins, que les résultats obtenus par la décortication du poumon, telle que la conseille Delorme, sont trop peu concluants pour qu'il soit permis de se prononcer d'une façon définitive sur cette grave opération, d'ailleurs assez rationnelle.

Je terminerai, messieurs, cette étude chirurgicale de la plèvre viscérale en vous parlant des *pleurésies interlobaires*. Ces collections purulentes complètement enveloppées par la plèvre, sont théoriquement extra-pulmonaires; néanmoins, l'adhérence des bords de la scissure fait que le parenchyme pulmonaire enveloppe de toutes parts la collection et pour ouvrir celle-ci, on a jusqu'à présent, toujours intéressé le poumon et pratiqué une véritable pneumotomie.

Cependant, Eugène Rochard (1) a pensé qu'il était possible de pénétrer dans la collection sans inciser le parenchyme pulmonaire; pour cela il suffisait de pratiquer une résection costale au niveau de la scissure interlobaire correspondante : on décollerait alors les bords adhérents de cette scissure et on pénètrerait dans le foyer. L'opération n'a pas, à notre connaissance, jamais été tentée; du moins, le travail de Eugène Rochard a-t-il eu le grand mérite d'attirer l'attention sur la topographie des scissures dont la connaissance facilite le diagnostic des pleurésies interlobaires et guide l'opérateur qui cherche à les ouvrir.

Une des plus complètes descriptions des scissures interlobaires que nous possédions avant celle de E. Rochard, nous est donnée par Luschka (2). Pour cet auteur, les deux scissures obliques diffèrent peu à droite et à gauche : toutes deux commencent en arrière dans la région de l'extrémité vertébrale de la troisième côte; celle de gauche descend jusqu'à l'extrémité antérieure de la sixième côte osseuse; celle de droite reste un peu plus en dehors. Quant à la petite scissure droite, elle cheminerait horizontalement dans un plan passant par la cinquième côte et se jettant dans la grande scissure, derrière la ligne axillaire.

La description d'Eichhorst (3) n'est que la répétition plus détaillée de celle de Luschka ; cependant, il fait descendre les deux scissures obliques plus bas, jusqu'à la septième côte au lieu de la sixième.

Les descriptions de Jœssel (4) et de Pailhas (5), ne nous donnent aucune indication nouvelle.

Quant aux recherches de Eugène Rochard, elles portent sur 12 sujets. Après avoir, pour chacun d'eux, établi les rapports des scissures avec les côtes, l'auteur fait une moyenne pour chaque scissure et constate que le trajet ainsi obtenu diffère sensiblement de celui que donnent les auteurs précédents.

La scissure oblique droite descendrait moins bas que le dit Luschka, et dans le cinquième espace au lieu du sixième; elle monterait beaucoup moins haut, ne dépassant généralement pas la cinquième côte. Il s'ensuit que son obliquité est moindre, elle croise un moins grand nombre de côtes : c'est avec la cinquième côte que ses rapports sont le plus constants.

(1) Eug. Rochard. — *Topogr. des scissures interlobaires du poumon.*; in *Gaz. des Hôp.* Paris, févr., mars, 1892.
(2) Luschka. — *Anatomie de l'homme.* Tubingen, 1864.
(3) Eichhorst. — *Traité de diag. médical.* Traduct. de Marfan et Weiss. Paris, 1890.
(4) Jœssel. — *Anat. topogr. chirurg.*; Bonn., 1889.
(5) Pailhas. — *Contribution à l'étude de la pleurésie interlobaire suppurée.* Th. Paris, 1889

La petite scissure du même côté aurait un trajet assez irrégulier; cependant ses rapports seraient plus constants avec la quatrième côte au lieu de la cinquième côte, comme le disent les auteurs allemands.

La grande scissure oblique gauche est plus oblique que celle du côté opposé, mais sans l'être cependant autant que le dit Luschka, et sans monter, comme le dit celui-ci, jusqu'à l'extrémité vertébrale de la troisième côte.

En résumé, les scissures obliques seraient surtout en rapport avec les cinquième et sixième côtes. La petite scissure horizontale droite serait surtout masquée par la quatrième côte.

Ces rapports suffisent à déterminer la région qu'il faut choisir pour découvrir les scissures interlobaires. En arrière, malgré la mobilisation possible du scapulum, l'espace laissé entre celui-ci et le rachis est trop étroit, la couche musculaire trop épaisse pour intervenir. Sous l'omoplate, d'après E. Rochard, on peut découvrir parfois les scissures en donnant certaines positions au bras; mais l'ouverture cesserait ultérieurement de rester béante une fois que le bras aurait repris sa situation normale. C'est donc sur la partie antéro-latérale du thorax qu'on interviendra.

L'incision est faite à la hauteur de la sixième côte si c'est une des scissures obliques que l'on a en vue ; cette incision commence à 6 cent. de la ligne médiane, va jusqu'au bord axillaire de l'omoplate, mesurant ainsi 12 à 14 cent. de longueur; son milieu répond à peu près à la ligne axillaire moyenne, lieu d'élection pour explorer les scissures. La forme de l'incision peut être en T couché (⊢) ou H; on met à nu les sixième et cinquième côtes; de chacune on résèque 10 à 12 cent. Quant à la plèvre pariétale, on l'incise en H, on y taille ainsi deux volets, l'un supérieur, l'autre inférieur qu'on renverse; et si des adhérences existent entre les feuillets pleuraux, elles seraient très facilement déchirés au dire de E. Rochard. « Même dans le cas où la plèvre était considérablement épaissie, nous avons toujours pu apercevoir facilement le profil noir de la ligne scissuraire. Suivant cette ligne, à l'aide d'un instrument mousse, on commencera par le décollement des deux lobes pulmonaires et bientôt les doigts se frayeront un passage facile dans la scissure, en déchirant les adhérences et en écartant les deux faces du poumon. » Si, au contraire, on constatait l'absence d'adhérences des deux feuillets pleural et viscéral, on en ferait la suture au dessus et au-dessous de la scissure ; on fermerait ainsi la cavité pleurale avant d'ouvrir la pleurésie interlobaire.

Le procédé à appliquer pour une pleurésie interlobaire de la scissure horizontale serait analogue au précédent, sauf qu'on ferait l'incision au niveau du bord inférieur de la quatrième côte; celle-ci serait réséquée, ainsi que la côte sous-jacente si cela est nécessaire. La scissure dépassant peu la ligne axillaire, l'incision de la peau devra faire de même.

La connaissance de la topographie des scissures peut faciliter beaucoup le diagnostic des pleurésies interlobaires. Il faut songer à la possibilité de cette affection chaque fois qu'on trouve sur le trajet des scissures des symptômes faisant penser à une collection intra-pulmonaire. Toutefois, on doit se souvenir que la scissure est très obliquement ascendante entre les lobes du poumon, depuis la périphérie jusqu'au hile. L'ensemble de la collection pourra donc être situé au-dessus du tracé que je viens de vous signaler. En revanche, il peut être au-dessous, ce qui tout d'abord semble moins explicable, mais n'en est pas moins certain, plusieurs chirurgiens

ayant ouvert la pleurésie interlobaire en faisant une incision bien au-dessous de la ligne correspondant à la scissure d'après E. Rochard. Ceci tient probablement au poids même de la collection qui peu à peu déprime le parenchyme pulmonaire et occupe une situation inférieure à celle qu'elle avait au début.

Cette situation variable de la pleurésie interlobaire, jointe à la difficulté du diagnostic, explique que les chirurgiens l'ait ouverte jusqu'à présent sans tenir compte des scissures.

Les observations sont d'ailleurs peu nombreuses. Citons celles de Teale (1), de Thiriar (2), celles qu'ont publiées Truc (3) et Pailhas (4), celle de MM. Bodet, Ricard, Poirier que E. Rochard nous fait connaître dans son travail.

S'agit-il toujours dans les observations publiées de pleurésies interlobaires? La lecture de plusieurs d'entre elles permet d'en douter. C'est que le diagnostic n'est pas seulement difficile avant, mais souvent pendant et après l'opération; non seulement on peut faire la confusion avec un abcès du poumon qui aurait pu, lui aussi, donner lieu à une vomique, mais encore avec un kyste hydatique, une caverne, une dilatation bronchique. La réciproque est vraie et il est probable que plus d'une pleurésie interlobaire a été méconnue.

Le manuel opératoire est resté à peu près le même dans tous les cas : prenons comme exemple l'observation du Pr Thiriar (de Bruxelles). Celui-ci pratique une large incision en L retournée (1); la branche horizontale longue de 15 cent. suit la direction du huitième espace intercostal; la branche verticale longue de 12 cent. est parallèle à la colonne vertébrale, à deux ou trois travers de doigt de celle-ci ; son extrémité supérieure remontait le long du bord externe de l'omoplate ; on résèque des fragments des cinquième, sixième, septième et huitième côtes, en commençant par la septième. La plèvre costale est trouvée intimement unie à la plèvre viscérale. On pratique alors au thermo-cautère deux incisions profondes, l'une horizontale de 6 centim., l'autre verticale de 4 ou 5, toutes deux correspondant comme situation aux incisions cutanées. On sectionna le tissu pulmonaire lentement jusqu'à deux centimètres de profondeur : celui-ci paraissait comprimé mais sain. La cavité qui fut alors découverte aurait contenue une petite orange: deux grosses bronches s'y abouchaient. La guérison du malade fut complète au bout de trois mois.

Les différences que présentent les autres observations tiennent surtout au siège et à la forme de l'incision, au nombre de côtes réséquées ; parfois le parenchyme pulmonaire était si dur et résistant qu'on a jugé inutile d'en faire la section au thermo-cautère ; elle a pu être faite sans inconvénient au bistouri. Presque toujours l'opération a été précédée d'une ponction pour confirmer la présence du pus.

Tel est le procédé employé jusqu'alors, auquel E. Rochard propose de substituer sa méthode qui, comme nous l'avons vu, consiste à aller à la recherche du pus en se guidant sur la situation normale de la scissure interlobaire correspondante.

L'exposé de cette méthode suffit à faire venir à l'esprit certains doutes sur la facilité de son application. Et tout d'abord sera-ce chose bien aisée de détruire les adhérences des feuillets pleuraux qui peuvent masquer la scissure ? Les adhérences pleurales parfois assez lâches seront plus souvent très intimes : leur rupture ne peut-elle entraîner des hémorrhagies ou des déchirures du poumon ? D'autre part, la situation de ces scissures est assez constante pour aider au diagnostic, mais l'est-elle assez pour déterminer le siège d'une intervention ? Sur les douze sujets choisis par E. Rochard, il en est déjà un chez lequel les scissures sont placées en dehors des limites fixées par l'auteur. D'autre part, à côté des anomalies de situation, les anomalies du nombre ne sont pas chose rare. Et si, au cours de l'opération, on ne trouve pas la scissure, que fera-t-on? On ira à la recherche de la collection au point où on a lieu de la croire superficielle ? Mais ce point peut, comme nous l'avons dit, être assez éloigné du siège normal de la scissure, par conséquent en dehors du champ opératoire.

L'objection la plus importante me paraît encore être celle qui tient au manque de certitude du diagnostic. Affirmer la présence intra-pulmonaire d'une collection est chose souvent délicate : dire que cette collection est une pleurésie interlobaire l'est encore bien davantage ; on fait généralement un pareil diagnostic avec des restrictions en faveur d'un abcès du poumon, d'un kyste hydatique, etc. L'erreur n'a pas, du reste, bien grande importance si l'on va directement au devant de la collection : le manuel opératoire reste à peu près le même. Il n'en est plus ainsi dans la méthode de E. Rochard, et je n'ai pas à insister sur l'importance d'une erreur de diagnostic, si l'on s'éloignait du point où la collection présente des caractères, pour la chercher au niveau d'une scissure, où elle ne se trouve pas. Les objections que je crois devoir faire ici ne peuvent être du reste que théoriques, le procédé restant théorique lui-même jusqu'à présent.

Je vous ai dit ne pas être partisan des lavages en général dans les pleurésies : dans la forme interlobaire, ceux-ci sont tout particulièrement dangereux surtout s'il y a eu vomique au cours de la maladie. Ils ont été fréquemment suivis de suffocation, et il est bon de se souvenir que la pleurésie interlobaire communique souvent avec les bronches, voire même avec les grosses bronches voisines du hile.

Je termine l'exposé du traitement des pleurésies interlobaires, en vous rappelant le procédé que préconise H. Delagénière (du Mans).

La suppression du cul-de-sac costo-diaphragmatique et le drainage de la plèvre au point déclive, restant pour lui le point le plus important, il fait une incision au niveau de la huitième côte, plus bas encore que Eugène Rochard, mais dans un tout autre but: ce n'est pas pour trouver la scissure, c'est pour supprimer le cul-de-sac et assurer le drainage avant d'ouvrir la collection.

Ce procédé susceptible de donner de bons résultats est-il toujours indiqué ? S'il existe des adhérences entre les feuillets pariétal et viscéral à la hauteur de la scissure, elle doivent suffire pour protéger le reste de la plèvre : inutile de drainer celle-ci; — si les adhérences pleurales sont plus étendues encore et descendent jusqu'au cul-de-sac costo-diaphragmatique, inutile de détruire ce cul-de-sac qui s'est oblitéré lui-même.

Il est vrai que H. Delagénière va au devant d'une partie de ces objections lorsqu'il dit : « En vain pourra-t-on invoquer en faveur des interventions parcimonieuses les adhérences presque constantes qui existent dans le cas de pleurésie purulente interlobaire; nous répondrons que les adhérences elles-mêmes deviendront à l'insu du chirurgien le point de départ d'une

(1) Teale. — *Pneumotomie pour pleurésie interlobaire* ; in *The Lancet*, 5 juillet, 1884, t. II, p. 6.
(2) Thiriar. — *Académie médic. de Belgique*, 27 nov. 1886.
(3) Truc. — Th. Lyon, 1885.
(4) Pailhas. — Th. Paris, 1889.

infection de la grande cavité pleurale, et dans ce cas le malade ne guérira pas ou gardera une fistule » (1).

Tels sont, en résumé, les divers traitements chirurgicaux de la pleurésie interlobaire : l'avenir nous dira ce qu'il faut préférer du procédé théorique de E. Rochard, de l'audacieuse méthode de H. Delagénière, ou de celle qui consiste plus simplement à se diriger par le chemin le plus court au point où l'on constate la présence du pus, méthode vers laquelle j'incline quant à présent.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Congrès français de Chirurgie.

Xe Session de Paris (19-25 *Octobre* 1896).

La Xe Session du Congrès français de Chirurgie a été ouverte lundi dernier, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, à deux heures, avec les drapeaux et accessoires accoutumés. Aucune innovation décorative à signaler d'une façon spéciale.

Sur les bancs de la salle des cours sont réunis presque tous les chirurgiens français. Nous y remarquons un grand nombre de nos amis, professeurs dans les Facultés et Ecoles de province, ou directeurs d'importants services hospitaliers; à côté d'eux, quelques jeunes



M. le Pr Félix Terrier,
Président du Congrès français de Chirurgie (*Session de* 1896).

praticiens de demain, et la plupart des chirurgiens parisiens. Sur les gradins supérieurs remue la masse des étudiants qui, pour cette cérémonie, a retrouvé, les vacances terminées, la rue de l'Ecole de Médecine.

Le Congrès est présidé cette année par M. le Dr Félix Terrier, Professeur de Médecine opératoire, membre de l'Académie de Médecine, chirurgien de l'Hôpital Bichat. Nous croyons être agréable à nos lecteurs en reproduisant, à cette occasion, les traits de l'éminent propagateur de la doctrine aseptique dans notre pays.

Lorsqu'il se lève, entouré, sur l'estrade, de tous les personnages officiels, une salve d'applaudissements sympathiques salue son entrée en fonctions. Nous reproduisons *in extenso* ce discours, dont la plupart des idées ont déjà été émises dans ce journal, cela avec d'autant plus de plaisir que M. le Pr Terrier est toujours resté l'un des plus dévoués collaborateurs du *Progrès médical*.

Messieurs,

Présider le Xe *Congrès de Chirurgie français* est un grand honneur, mais en même temps une bien lourde charge.....

Permettez-moi d'entrer de suite dans le sujet que j'ai choisi. Je désire vous entretenir des conditions dans lesquelles nous pouvons et devons nous placer pour faire de la *Chirurgie vraiment Scientifique*, celle que nous permet les méthodes actuelles, et parmi celles-ci une méthode que je me suis toujours efforcé de faire pénétrer dans la pratique : l'*Asepsie*.

Ne pensez pas, Messieurs, que devant une assemblée de chirurgiens, la plupart expérimentés, j'aie la prétention de vous exposer ce qu'est l'asepsie, trop souvent et trop longtemps confondue avec l'antisepsie. Cette méthode est connue de la plupart d'entre vous, sinon même de tous; je n'aurais donc rien ou presque rien à vous apprendre sur son utilisation pratique. Toutefois, je désire insister sur sa doctrine, d'autant que dans ces dernières années l'Asepsie, paraît se substituer peu à peu aux méthodes qui l'ont précédée ; je veux parler surtout de l'antisepsie.

L'Asepsie, Messieurs, a pour moi une qualité, qui, je l'espère, ne vous semblera pas discutable ; elle est essentiellement d'origine française. On peut dire qu'elle est née dans le laboratoire de notre illustre compatriote, Pasteur. C'est là qu'elle a pris une forme concrète ; c'est de là qu'elle est passée dans la pratique chirurgicale, d'abord d'une façon en quelque sorte indirecte, par l'intermédiaire de Lister et de l'antisepsie; puis d'une façon tout à fait directe, dans la Chirurgie dite aseptique. Et je puis vous dire que j'ai toujours été encouragé dans mes efforts pour répandre l'asepsie en France, par l'approbation des jeunes maîtres du laboratoire de Pasteur, parmi lesquels je tiens à vous signaler en première ligne M. le Dr Roux.

La doctrine est simple : *stériliser* tout ce qui sert à opérer ou à panser les blessés ou les malades. C'est là, vous le voyez, une véritable formule mathématique, et non, je l'ai bien souvent répété, un calcul de probabilité, comme il arrive quand on utilise les substances dites antiseptiques. Malheureusement, en pratique, et vous le savez tous bien, la formule mathématique pure subit des modifications, en ce sens que, considérant une opération comme une équation à résoudre, deux termes, d'une grosse importance ne sont pas absolument soumis à notre formule, la stérilisation. Ces deux termes sont : d'une part le *malade*, d'autre part le *chirurgien*.

Dans les deux cas, le chirurgien aseptique est obligé d'abandonner la rigueur de sa méthode ; il lui doit substituer une manière de faire moins parfaite, mais pratique : à l'asepsie il substitue l'antisepsie.

Vous dire, Messieurs, que les malades ou blessés ne peuvent qu'être antiseptisés, et qu'il en est de même des chirurgiens, n'a rien de bien nouveau pour vous. Mais, combien cette antisepsie est-elle difficile à faire, si l'on tient compte des multiples procédés indiqués par les chirurgiens pour la pratiquer ! Que de manières de se laver les mains ! Combien d'antiseptiques n'a-t-on pas conseillé d'utiliser soit seuls, soit successivement, pour antiseptiser la peau des opérés ! Parfois j'ai été étonné de la résistance des téguments traités de si dure façon ; il est vrai que nombre de fois aussi j'ai pu constater qu'ils étaient en partie dénudés de leur épiderme, ce qui m'a toujours semblé excessif. Mais, Messieurs, si je fais ici cette remarque, c'est non par esprit de critique, mais pour vous bien démontrer que le but à atteindre, la stérilisation des téguments, étant impossible à obtenir, on fait tout ce qu'on peut pour s'en approcher et quelquefois même on va trop loin. Pour mon compte, Messieurs, je pense qu'on peut atteindre assez facilement la moyenne de probabilités sur laquelle on peut compter soit pour antiseptiser le malade ou le blessé, soit pour antiseptiser les mains du chirurgien. Mais encore faut-il que les téguments qu'on antiseptise soient intacts.

Cela va de soi, me direz-vous, pour les mains du chirurgien, et vous avez entièrement raison ; toute lésion de ce côté doit interdire l'action chirurgicale ; elle devient presque fatalement dangereuse. Mais il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit du blessé ou du malade, qui peut présenter une lésion septique intéressant ou non les téguments, avec ou sans retentissement général. C'est ici, Messieurs, que le problème devient complexe et que, par ce fait seul, il mérite d'attirer votre attention, d'autant qu'à mon point de vue et à celui d'autres chirurgiens, il peut être résolu de façons

(1) H. Delagénière. — *Arch. provin. de Chir.*, Paris, 1894.

assez diverses. Beaucoup de chirurgiens, encore imprégnés de la théorie pure de l'antisepsie, préconisent dans ces cas, et d'une façon presque exclusive, l'emploi des antiseptiques. Cette manière de faire, affirment-ils, leur donne d'excellents résultats, qu'il y ait ou non infection générale en même temps que lésion septique locale. En d'autres termes, l'antisepsie est indiquée toutes les fois qu'on se trouve en présence de lésions septiques. L'asepsie au contraire, n'est utilisable que lorsque les lésions à combattre sont non septiques. Telle était en effet la règle de conduite de la plupart, sinon de tous les chirurgiens, au moins de ceux qui, comme moi, poursuivaient l'emploi de l'asepsie avec un certain acharnement, et rencontraient du reste, du côté des chirurgiens antiseptiques, la même opposition que ceux-ci avaient dû combattre tout d'abord, voire même, pour ne pas dire surtout, en Angleterre, berceau de l'antisepsie.

La question en était là quand, sur l'invitation du directeur général de l'Assistance publique à Paris, je publiai une lettre sur l'organisation des services de chirurgie dans les hôpitaux de Paris (1). On accepta en principe la division des services de chirurgie en deux parties : l'une d'elles était réservée aux blessés ou malades non infectés; on y faisait l'asepsie ; l'autre renfermait les blessés ou malades infectés ; ils devaient être traités antiseptiquement. Sur ces indications, que je croyais toutes théoriques, furent construits à Paris jusqu'à... *deux services* hospitaliers (2), on pourrait même dire un service et demi, car l'un de ces services n'est ainsi installé que pour les femmes. Il est juste d'ajouter qu'un autre hôpital est bâti d'après ces notions assez simples : c'est l'hôpital Boucicault, dont on attend toujours l'ouverture. Je vous ai dit, Messieurs, qu'en 1890, je considérais cette division des services hospitaliers comme nouvelle et théorique ; or, je me trompais, et quelques années plus tard, j'ai retrouvé cette organisation fonctionnant parfaitement bien à Saint-Pétersbourg, dans le service de G. Trachtenberg, à l'hôpital Marie. J'avais le plaisir de rencontrer en Russie la confirmation de mes opinions théoriques; j'y reviendrai ultérieurement.

Mais, Messieurs, les formules chirurgicales, comme bien d'autres, non des moins prétentieuses, ne durent pas longtemps, ou plutôt se modifient, et ceci est tant mieux, car le progrès ne s'obtient qu'à ce prix Une évolution nouvelle s'est faite au point de vue théorique, et elle a eu aussitôt son retentissement dans la pratique. Je m'explique.

On en est venu à douter de la valeur réelle des antiseptiques. Déjà on contestait absolument leur action sur les spores, et pour mon compte, je la considérais, toujours m'appuyant sur les recherches de Pasteur, comme entièrement nulle. Or, cette insuffisance entraînait fatalement une efficacité notablement amoindrie de leur action. De plus, cette action réellement utile fut regardée comme très superficielle, et ne s'étendant qu'à fort peu de distance dans l'épaisseur des tissus infectés. Or, les foyers septiques présentent autour d'eux une zone assez étendue où les éléments, anatomiques sont imprégnés soit de microbes, soit de spores. Qu'en conclure? C'est que l'action de l'antiseptique est très superficielle, et qu'elle modifie bien peu profondément les tissus imprégnés des éléments septiques, alors même que ceux-ci sont des éléments microbiens bien développés et non des spores. On constata en outre que si les antiseptiques sont assez énergiques pour détruire ou même simplement modifier la vitalité des microbes, ils agissaient aussi sur les tissus sains, et pouvaient même les compromettre d'une façon sérieuse. D'ailleurs, tout le monde sait quel est le peu de résistance d'un certain nombre d'éléments anatomiques et combien de recherches il a fallu faire pour que les liquides salés, des injections dites à tort de sérum artificiel, n'altèrent en rien les éléments anatomiques, c'est-à-dire ne soient pas nuisibles. Mais les substances dites antiseptiques ont encore d'autres actions, presque toutes novices : absorbées par les réseaux sanguin ou lymphatique, elles déterminent les intoxications qui, malheureusement, ne sont plus à démontrer, depuis la remarquable thèse d'agrégation de mon ami Félix Brun. Enfin, leur élimination par l'appareil rénal peut déterminer dans les reins des lésions temporaires ou persistantes d'une gravité absolument exceptionnelle. La fréquence si grande des urines noires, au temps de l'antisepsie listérienne, en était une preuve indubitable, sur laquelle il nous paraît inutile d'insister plus longtemps. Trop souvent, alors que nous utilisions la méthode antiseptique pure, nous constatons, après les grandes et graves opérations, des accidents généraux se traduisant par des symptômes d'anurie ou de diminution des urines, avec apparition de l'albumine. Ces accidents, qui compromettaient, et à bref délai, la vie de nos opérés, étaient dus évidemment à des causes multiples, mais, parmi ces causes, l'intoxication produite par les antiseptiques et les lésions rénales développées sous leur influence tenaient souvent le premier rang. Que de fois n'avons-nous pas vu rattacher ces accidents au fameux choc opératoire, que l'on écrivait du reste avec l'orthographe anglaise *Skock*, ce qui, je m'empresse d'ajouter, n'augmentait en rien l'intelligence des faits que nous observions. En somme, Messieurs, vous le voyez, les accidents dus à l'usage et souvent à l'abus des antiseptiques étaient fréquents et étaient dangereux. On s'est donc efforcé de les amoindrir, et pour cela on a d'abord diminué la dose des substances utilisées, puis peu à peu, et on peut dire tout naturellement, des chirurgiens et je suis du nombre, ont été conduits à les abandonner en grande partie et à utiliser presque exclusivement l'asepsie, qui, elle au moins, ne présente aucun danger.

Après ces quelques considérations générales, il est facile de comprendre, qu'au lieu d'avoir deux services, l'un d'antisepsie et l'autre d'asepsie, les chirurgiens aient préféré traiter tous les blessés ou malades par l'asepsie pure, ne conservant l'usage des antiseptiques que pour des cas relativement exceptionnels, et plutôt à titre de désinfectants, qu'à celui d'antiseptiques proprement dits. C'est précisément ce qu'a fait, et déjà depuis quelque temps, le chirurgien russe dont je vous ai déjà cité le nom, M. le Dr G. Trachtenberg, de l'hôpital Marie, que j'ai eu le plaisir de recevoir dans mon service de Bichat, il y a un mois à peine. Tout en conservant absolument intacte la division des malades ou blessés en infectés ou non infectés, septiques ou aseptiques, au lieu d'utiliser deux méthodes comme il le faisait jadis, il n'emploie plus que l'asepsie et très exceptionnellement l'antisepsie jadis classique. Tel est aussi le but que je me suis proposé d'atteindre dans mon service hospitalier depuis quelque temps, bien que, dans ce service, comme dans la plupart des services français que j'ai pu visiter, il y ait une promiscuité parfaite entre les malades ou blessés septiques et les malades ou blessés aseptiques. Du reste, je l'ai dit déjà et m'empresse de le répéter ici, la plupart des administrations hospitalières, même celles qui devraient être les plus éclairées, semblent ignorer absolument les notions les plus élémentaires de l'hygiène hospitalière chirurgicale. Et cependant, il y a déjà longtemps que cette division des services s'impose ; elle est acceptée du moins à Paris pour les services d'accouchement ; elle devrait donc exister aussi pour les services de chirurgie : tous ou presque tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point, qui permet d'éviter la moindre contamination, le plus petit accident provenant de la présence d'un malade infecté au milieu d'autres non infectés. Messieurs, par ce qui précède, je viens de chercher à vous montrer dans quel sens tend à se diriger la chirurgie actuelle ; je me suis efforcé de vous rappeler l'origine scientifique et très française de cette orientation, et j'espère, sinon vous avoir tous convaincus, au moins avoir fait pénétrer dans vos esprits les notions ou mieux les principes scientifiques qui guident un certain nombre d'entre nous pour entrer résolument dans cette voie d'ailleurs déjà suivie par nombre de chirurgiens : l'asepsie substituée à l'antisepsie listérienne ou autre.

Messieurs, je viens de vous soumettre une doctrine chirurgicale, et, m'appuyant sur les données de science pure, des faits de laboratoire indiscutables, je vous en ai vanté les résultats pratiques.

Permettez-moi maintenant quelques remarques sur l'application de ces données scientifiques, surtout pour vous montrer combien aujourd'hui même nous sommes éloignés de l'époque où l'on pourra faire de la chirurgie subordonnée aux méthodes actuelles, méthodes acceptées en principe et en fait par la majorité des chirurgiens français.

Jetons donc ensemble un coup d'œil sur ce que pourrait être l'installation de nos services de chirurgie, quel devrait être leur fonctionnement, quel service pourrait rendre leur personnel. Et surtout, Messieurs, n'insistons pas ou peu sur ce qu'ils sont actuellement, voire même dans les grandes villes. Un des membres les plus autorisés du Conseil municipal de Paris, M. Paul Strauss, dans un récent article *sur le budget et les grands travaux de Paris* (1), se charge de vous l'exposer en quelques mots assez topiques : *la plupart de nos hôpitaux*, dit-il, *sont dans un état déplorable, à peine différents de ce qu'ils étaient il y a un demi-siècle*. Ce n'est certes pas moi qui contesterai cette assertion, bien au contraire. Les services de chirurgie devraient être absolument isolés des autres services hospitaliers ; c'est chose courante dans bien des pays : c'est exceptionnel en France. Fait étrange, sur lequel j'insiste encore, cet isolement est absolument accepté pour les services d'accouchement au moins à Paris ; l'administration n'hésite pas à faire pour eux des sacrifices extraordinaires, mais elle ne paraît pas se douter que les mêmes sacrifices s'imposent pour les services chirurgicaux, et les chirurgiens qui demandent cette séparation complète sont qualifiés de... doctrinaires. Or, j'ai vu des salles affectées à un service de clinique chirurgicale

(1) De l'organisation des services de chirurgie dans les hôpitaux de Paris (*Progrès médical*, 1890).

(2) *L'antisepsie et l'asepsie*. Leçon d'ouverture du cours de médecine opératoire (*Progrès médical*, 1893).

(1) *Revue politique et littéraire* (*Revue Bleue*), 12 septembre, p. 321.

qui servent de lieu de passage, et cela dans un vieil hôpital. Du reste, Messieurs, étant donné ce que j'ai pu constater récemment et *de visu*, les cliniques chirurgicales de nos Facultés ne sont guère mieux partagées que les services qui ressortent des diverses administrations hospitalières; peut-être même ces derniers sont-ils mieux installés.

Cette séparation des services chirurgicaux, Messieurs, entraîne fatalement l'isolement des élèves au service, et celui du personnel, comme cela se fait d'ordinaire à l'étranger et dans nos installations nouvelles des services d'accouchements. Chaque service chirurgical devrait être subdivisé en deux : un service affecté au traitement des blessés ou malades infectés ; l'autre service, destiné aux malades ou blessés non infectés. Je vous ai déjà dit que cette disposition existait dans deux services de la capitale; mais je crois que ce sont les seuls. Lorsqu'un malade chirurgical ou un blessé pénètre dans l'hôpital, il devrait être examiné par un assistant autorisé faisant la garde de chirurgie, et indiquant de suite dans quelle catégorie le blessé doit être placé. J'ai déjà exposé ailleurs (1) l'utilité des *salles d'observation* pour les cas, assez exceptionnels où cette distinction ne peut être faite de suite. Quoi qu'il en soit, infecté ou non, le malade ou blessé, doit avant son entrée dans les salles être nettoyé, débarrassé de ses vêtements, et si possible baigné, et tout cela dans un service spécial, et par un personnel non moins spécial, sous la surveillance de l'assistant de garde. J'ai déjà demandé, et j'y reviens encore ici, que dans les grands services de chirurgie, dans les cliniques de nos Facultés, l'assistant chirurgien de garde soit aidé nuit et jour par un certain nombre d'élèves, de façon que les blessés ou malades entrants puissent recevoir des soins immédiats et efficaces. J'ai insisté sur l'importance de la valeur chirurgicale que doit avoir cet assistant, car il a souvent à prendre de graves déterminations, soit qu'il fasse lui-même les interventions urgentes, soit qu'il doive faire parvenir au plus tôt un chirurgien.

C'est en 1894, Messieurs, que j'ai indiqué dans ce même amphithéâtre (2) ces nombreux *desiderata ;* j'ajouterai que, depuis lors, *rien* ou à peu près n'a été fait dans ce sens, au moins à Paris. Nos collègues et nos confrères de province sont-ils plus heureux; nous avons lieu d'en douter. Et cependant, Messieurs, me rappelant ce que j'avais observé, il y a déjà plus de sept années, dans les villes américaines de l'Est, il me paraissait et il me paraît encore logique d'établir ces secours immédiats en les combinant avec l'assistance sur la voie publique. A Paris, je dois le dire, en présence de l'impuissance de notre administration de l'Assistance publique, le conseil municipal de la ville a fait étudier cette question avec soin, et il y a lieu d'espérer que dans peu de temps — ce qui est toujours assez long d'ailleurs — nous serons sur ce point au niveau des installations des Etats-Unis; installations qui là sont du ressort des administrations hospitalières et datent de fort longtemps déjà. Je n'insiste pas plus longuement sur ce point spécial; mais je tiens à le signaler, d'autant que dans d'autres grandes villes françaises des efforts couronnés de succès ont été faits dans ce sens; je puis vous citer Bordeaux (3).

Je vous dirai peu de choses, Messieurs, de l'installation des amphithéâtres de chirurgie ; vous êtes pour la plupart au courant de cette question, et il suffit de lire les recueils de chirurgie pour affirmer que, peu à peu, cette installation se perfectionne et surtout se simplifie, ce qui pour moi est une grande qualité. On peut affirmer que les récents efforts faits dans ce sens par les chirurgiens français, soit dans des installations hospitalières, soit pour des installations privées, ont été considérables. Du reste, il est facile de résumer en quelques lignes ce que peut être l'amphithéâtre, tel qu'on le comprend aujourd'hui : la salle où l'on opère doit être aussi simple, j'allais dire aussi nue que possible, et il faut y éviter la présence de ces appareils coûteux et complexes, de ces tables plus ou moins machinées, le plus fréquemment inutiles. C'est à coté de cette salle que doivent être installés tous les appareils utilisés pour la stérilisation de l'eau, des instruments et des pansements ; tous les flacons pour contenir les solutions antiseptiques employées pour le lavage des mains et des téguments, enfin les produits pharmaceutiques comme les anesthésiques, les solutions titrées de morphine, de caféine, etc. En un mot, à côté de la salle d'opération doit être un *véritable laboratoire*, dont l'organisation et la tenue est des plus complexes et duquel dépend la sûreté dans les résultats opératoires. On ne saurait donc trop le soigner, le surveiller et en confier la direction à un préparateur en qui le chirurgien ait toute confiance. Jusqu'ici, Messieurs, j'ai dans mes internes en pharmacie trouvé des collaborateurs aussi dévoués que possible ; aussi les ai-je toujours défendus (1); mais on conçoit parfaitement que dans certaines conditions ils soient remplacés par de véritables préparateurs, comme je l'ai vu plusieurs fois, et même que ces préparateurs soient des dames surveillantes.

Faut-il avoir deux amphithéâtres d'opérations? Je répondrai très nettement oui pour les grands services chirurgicaux. L'un annexé au département des malades ou blessés infectés; l'autre au département des malades ou blessés aseptiques. Lorsque les services ne sont pas considérables on peut à la rigueur n'utiliser qu'un seul amphithéâtre; ce qu'on fait d'ailleurs dans nombre de maisons de santé chirurgicales.

Mais, Messieurs, nos services chirurgicaux ont encore besoin d'autres annexes, surtout si vous considérez absolument la chirurgie qui s'y fait comme scientifique. Il leur faut des laboratoires, et des laboratoires bien organisés, bien que cela semble parfaitement inutile à certains membres du corps enseignant, qui l'ont malheureusement soutenu dans une des dernières séances de la Chambre des Députés. Nier la valeur des laboratoires, surtout dans un pays où les laboratoires ont permis à Pasteur des découvertes si extraordinaires et si utiles pour nous, me paraît scientifiquement inexplicable ; aussi je m'empresse de ne pas insister sur ce pénible sujet. Il faut donc des laboratoires, car le chirurgien à besoin de recherches physiques, chimiques, bactériologiques, anatomo-pathologiques; souvent même il lui faut expérimenter sur les animaux à l'instar des physiologistes, car nombre de questions chirurgicales sont encore à l'étude, et quoi qu'on puisse penser de nos progrès, il nous reste énormément à faire.

Quand ces nombreuses modifications seront obtenues, quand la plupart d'entre nous seront en possession des moyens d'action perfectionnés, alors, Messieurs, nous pourrons faire, grâce aux notions scientifiques qui nous ont été révélées par notre illustre Pasteur, tout ce qui est possible pour sauver nos malades et guérir nos opérés. L'opération en elle-même sera, je le répète, la résolution d'une véritable équation dont la plupart des termes nous seront absolument connus. Certes jamais nous ne posséderons tous ces termes, mais nous irons aussi loin que possible dans cette recherche. Si j'affecte ici une sorte d'exposé mathématique dans ces conclusions, c'est que, Messieurs, nous autres chirurgiens, nous sommes trop facilement en but aux critiques de certaines classes dites dirigeantes de notre pays. Il ne me semble pas pour elles que le chirurgien soit autre qu'un homme habile à manier le couteau ou ses dérivés ; elles ne se doutent pas de la somme de connaissances qu'il est obligé d'acquérir, et cela à cause de sa spécialisation. Des faits tout récents nous ont montré que le siècle prochain ne verrait pas se modifier cette singulière manière de juger la chirurgie et les chirurgiens ; après plus de cent ans, Beaumarchais a toujours raison.

Les critiques à l'adresse de l'Administration de l'Assistance publique, relativement à l'état et à l'organisation des services hospitaliers, n'ont pas paru troubler sensiblement la pleine quiétude de tous les représentants officiels de l'Assistance publique en France, bien qu'ils aient eu à les recevoir en pleine poitrine : effet de l'accoutumance, sans doute, a dit M. Laborde.

M. le Secrétaire général, M. le D[r] Picqué, prend à son tour la parole et fait l'historique des dix premières années du Congrès. Il insiste sur la façon dont on doit comprendre la rédaction des rapports généraux et sur l'intérêt réel qu'ils présentent lorsqu'ils sont rédigés sous forme de revues critiques très soignées. Les auteurs ne doivent point, en effet, y défendre seulement leurs idées personnelles. M. Picqué termine en souhaitant la bienvenue aux membres étrangers du Congrès, et cite en particulier les noms des délégués anglais, russe, suisse et roumain, M. le lieutenant-colonel Pratt, M. le P[r] Levchine (de Moscou), M. le P[r] Kocher (de Berne), M. le P[r] Jonnesco (de Bukarest).

En dehors de ces distingués chirurgiens, nous avons

(1) De l'organisation des services de chirurgie, etc. (*Progrès médical*, 1890).

(2) *Des soins à donner aux blessés des grandes villes.* Leçon d'ouverture du cours de médecine opératoire, 7 novembre 1894. (*Progrès médical*, 1894).

(3) Nous nous permettons de rappeler que notre cher maître aborde ici, en quelques lignes, la fameuse question de l'*Assistance chirurgicale instantanée*, sur laquelle nous avons personnellement insisté tant de fois ! (M. B.)

(1) *Du laboratoire d'asepsie et d'antisepsie nécessaire aux services de chirurgie* ; par F. Terrier et G. Latham (*Revue de Chirurgie*, 10 janvier 1896).

reconnu sur l'estrade M. le Dr Roux (de Lausanne), MM. J. et A. Reverdin (de Genève), M. le Dr J. Bœckel (de Strasbourg), MM. Guyon, Duplay, Le Dentu, Lannelongue, Berger, Peyrot et Bouilly (de Paris), M. le Dr Poncet (de Lyon), M. le Pr Gross (de Nancy), M. le Pr Ollier (de Lyon), M. le Dr Duplouy (de Rochefort), M. le Pr Heydenreich (de Nancy), M. le Dr Demons (de Bordeaux), M. Chauvel, M. Dieu, directeur du service de santé militaire, M. Dujardin-Beaumetz, inspecteur général, M. le Doyen Brouardel, M. le Pr Bouchard, M. le Dr Peyron, M. le Dr Napias, M. Paul Strauss, conseiller municipal de Paris, etc., etc., ces derniers venus évidemment pour entendre en particulier certains passages du discours du Président.

Les Présidents d'honneur de cette session du Congrès sont MM. le lieutenant-colonel Pratt, M.-J. Bœckel, Poncet, Heydenreich, Tedenat, Chauvel, Levchine, Berger, Delens, Championnière, Pozzi, Ehrmann.

Après le discours de M. Picqué, la séance solennelle a été déclarée close. Mais, après quelques minutes d'entr'acte, à trois heures, les travaux du Congrès ont commencé par les très intéressantes communications de MM. Le Dentu, Demons, etc. On en trouvera plus loin le compte rendu.

Le soir même, Galerie des Champs-Elysées, M. le Président a reçu les membres du Congrès. Foule considérable, bien entendu, à cette cordiale réunion, qui avait été précédée d'un dîner tout intime, offert par M. Terrier aux autorités et à ses amis particuliers. M. le Délégué russe a porté un toast à la Chirurgie française et à son célèbre Président, qui a répondu en rappelant le voyage instructif, au point de vue chirurgical, qu'il a fait récemment en Russie et son séjour à Moscou. De nombreux applaudissements ont souligné ces discours.

Les opérations du Congrès se succèdent avec un vif succès, et, mardi et mercredi soir entre autres, une discussion très intéressante a eu lieu sur la thérapeutique générale des pieds bots et les opérations stomacales. Il y a bien eu une petite question Kirmisson-Lorenz; mais nous croyons inutile d'insister. Ajoutons seulement que le combat n'a pas commencé, faute de combattants et de... malades. Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Xe SESSION DE PARIS (19-26 *Octobre* 1896).

Séance du 19 *octobre* (soir, 3 h.). — PRÉSIDENCE DE M. TERRIER.

M. LE DENTU (de Paris). — *Nouvelles considérations sur la leuco-kératose.* — M. Le Dentu, laissant de côté les épithéliomas leucoplasiques de la vulve, ne s'occupe que de ceux de la langue et des lèvres. Si on les compare aux épithéliomas vulgaires, on peut déduire de ce rapprochement les considérations suivantes : 1° qu'il faut les considérer comme une phase ultime de la maladie; 2° que cette terminaison n'est pas fatale et fréquente dans une proportion non encore déterminée; 3° qu'ils ont moins de tendance à s'infiltrer dans les couches sous-jacentes à la muqueuse et à gagner les ganglions lymphatiques; 4° qu'ils se reproduisent plutôt par une extension graduelle à des points non encore transformés, que par une semblable récidive sur place; 5° que leur évolution semble plus lente et qu'ils sont peut-être réellement, d'une façon générale, doués d'une moindre malignité; 6° qu'il faut néanmoins s'en méfier comme s'ils devaient toujours se comporter comme des néoplasmes de la pire espèce; 7° que l'ablation précoce est prudente pour toute plaque simple isolée ou associée à d'autres qui se montre réfractaire à l'action des émollients, des alcalins, des topiques modificateurs de diverses sortes, des caustiques faibles et du feu employé superficiellement; 8° que l'ablation radicale s'impose pour toute plaque isolée ou associée qui s'écarte du type le plus simple par sa fissuration, son exulcération ou son développement papillomateux.

M. REVERDIN (de Genève). — *Du sulfate de soude comme hémostatique.* — M. Reverdin a employé plusieurs fois avec succès le sulfate de soude à faible dose (0,10 centigr. toutes les heures) dans des hémorrhagies capillaires graves spontanées ou traumatiques, en particulier dans un cas où l'hémorrhagie consécutive à l'extirpation d'une tumeur bénigne sous-cutanée, avait résisté à tous les moyens depuis huit semaines. L'arrêt de l'hémorrhagie fut immédiat dans un autre cas d'hémorrhagie traumatique, dans des ménorrhagies. Cette médication, employée par le Pr Küsmaul, et conseillée par lui, est, paraît-il, populaire dans le nord de l'Allemagne contre l'hémophilie.

M. Reverdin a cherché à déterminer le mode d'action du sulfate de soude, administré aux animaux (lapins, cobayes), par ingestion avec la nourriture, ou par injection intra-veineuse, il paraît avoir pour effet de rendre plus rapide la coagulation du sang. Administré par injection sous-cutanée, il n'en a pas été de même dans les expériences de l'auteur. Dans les cas cliniques, on ne devra pas employer les injections sous-cutanées, mais administrer le sulfate de soude par la bouche.

M. BERGER (de Paris). — *Hernies vaginales et vagino-labiales* (*Elythrocèle et pudendal hernia*). — I. Une femme de 34 ans porte à la vulve une tumeur qui sort dès qu'elle se lève, qui est recouverte par la muqueuse de la paroi abdominale postérieure, qui présente de l'expansion dans la toux, qui est réductible avec gargouillement. Cette tumeur s'accompagne d'un prolapsus réductible de la matrice. Ce n'est ni une rétrocèle (car le doigt introduit dans le rectum ne pénètre pas dans la tumeur) ni un prolapsus simple du cul-de-sac de Douglas, entraîné par la matrice, car quand l'utérus est remis en place, on sent l'intestin qui descend encore entre le vagin et le rectum jusqu'au périnée. C'est bien une hernie vaginale. Considérant que les inconvénients qu'elle détermine sont tous dus au prolapsus génital qui l'accompagne, M. Berger se borne à traiter celui-ci par l'hystéropexie abdominale et la colporraphie. La malade est ainsi débarrassée des troubles fonctionnels dont elle se plaignait. Au cours de l'opération, M. Berger a pu constater que le cul-de-sac inter-vagino-rectal présentait des dimensions énormes, une très grande laxité, mais qu'aucun reserrement ne séparait la cavité qu'occupait la hernie du cul-de-sac de Douglas. C'est la première variété, non pédiculée, de la hernie vaginale à laquelle se rattachent les observations de Itoin, Astley Cooper, Reid, Zuckerkandl. Il est une seconde sorte de hernie vaginale, pédiculée, qui a pu être prise pour un polype de la matrice et du vagin : tels sont les cas de Sandifort, de Michelson et Lukin, de Gaillard Thomas. Cette forme qui dérive de la première, tient à ce que la paroi vaginale s'est laissée forcer en un point. La hernie vaginale peut prêter à des complications au cours de l'accouchement; Smellie, Fordyce Baker, Peter Young en ont cité des exemples, mais elle ne paraît guère pouvoir s'étrangler et ne détermine de gêne que par l'accroissement de son volume et le prolapsus utérin qu'elle finit par entraîner. La cure radicale n'est guère possible, quand la hernie n'est pas pédiculée, car il n'y a là ni sac à extirper, ni orifice fibreux à fermer; la hernie pédiculée seule peut être traitée par l'extirpation du sac. Celle-ci n'a jamais été pratiquée : Gaillard Thomas a invaginé le sac, l'a retourné dans le ventre et fixé son fond à la face profonde de la paroi abdominale antérieure. L'opération, pratiquée par M. Berger, est toute palliative, mais elle a donné un bon résultat fonctionnel.

OBS. II. — Hernie occupant la partie postérieure de la grande lèvre chez une jeune fille : mais l'orifice inguinal est libre; la hernie n'est ni une hernie obturatrice, ni une hernie périnéale : de plus on sent qu'un orifice, situé à la face interne de l'ischion, lui donne passage, et le doigt introduit dans le rectum et appuyé sur ce point empêche la hernie de descendre

C'est bien une hernie postérieure de la grande lèvre, hernie vagino-labiale, *pudendal hernia* d'Astley Cooper. Malgré l'assertion contraire de Zweifel, celle-ci est très rare : les seuls cas connus sont ceux de Garengeot, de Cloquet, de Cooper, de Stoltz, de Hager, de Scarpa. On n'en connaît pas d'observation anatomique. Cette hernie paraît être un degré plus avancé de la hernie vaginale, qui, arrivée au périnée, franchit un interstice du releveur de l'anus et forme ainsi la hernie postérieure de la grande lèvre de la hernie périnéale. Comme la hernie vaginale d'où elle procède, elle est probablement d'origine congénitale (Ebner, Breisky, Zuckerkandl); une observation de M. Masse semble indiquer néanmoins que ces hernies peuvent être dues à la traction d'un lipome sous-péritonéal. Cette hernie est facile à distinguer des hernies antérieures de la grande lèvre (inguinales), des hernies crurales et obturatrices. Elle doit être traitée par l'ouverture, la dissection, l'excision du sac et la suture de l'orifice. Dans le cas présent, l'opération proposée par M. Berger, ne fut pas acceptée.

M. Demons (de Bordeaux). — *Du stercorome infantile.* — Cette entité morbide est décrite trop brièvement dans les traités de chirurgie sous le nom de coprostase. Elle est intéressante à étudier pour le chirurgien. Il serait préférable de lui donner le nom de coprome plutôt que celui de stercorome. Très connue chez les vieillards, elle est dans ce cas d'un diagnostic facile. Chez les enfants, elle semble former un type clinique, qui peut donner lieu à des erreurs de diagnostic. M. Demons cite deux observations, dans la première il s'agit d'un enfant de 8 ans, habituellement constipé, chez lequel apparut une tumeur abdominale qui ne s'accompagna, à aucun moment, de symptômes bruyants d'obstruction intestinale. Cette tumeur dure, bosselée, dans laquelle la pression prolongée des doigts déterminait des enfoncements était volumineuse; à l'aide du doigt introduit dans le rectum on parvint à fragmenter la masse dont les débris furent entraînés par un lavage avec de l'eau tiède. On retira ainsi dans la première séance 800 grammes de matières stercorales. La guérison fut rapide. Dans une autre observation analogue, on avait finalement porté le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

Le diagnostic de ces tumeurs est souvent difficile. Leur évolution peut se diviser en trois périodes. Dans la première, période médicale, on observe une constipation habituelle, sans douleurs, ni vomissements, sans perte d'appétit, sauf à la période terminale.

La deuxième période peut être appelée période chirurgicale. On trouve le plus souvent, par hasard une tumeur abdominale médiane hypogastrique, on épigastrique, mobile, dure, mamelonnée, dans laquelle la pression des doigs, profonde et prolongée, détermine des impressions. Il n'y a ni cachexie, ni œdème, ni ascite. Le toucher rectal éclaire le diagnostic.

La troisième période est caractérisée par des accidents d'obstruction intestinale. Le diagnostic étant fait le traitement est simple si la tumeur dure est inattaquable par les moyens médicaux habituels; on peut avoir recours aux agents qui excitent la contractilité de l'intestin, électricité, drastiques. Mais on risque quelquefois de voir survenir une rupture de l'intestin. Il est préférable de la fragmentiser avec le doigt introduit dans le rectum en ayant soin d'entraîner les débris par des lavages à l'eau tiède. Ce traitement demande plusieurs séances.

M. Heydenreich (de Nancy). — *De l'emploi du Bouton de Murphy.* — Après avoir rapporté quatre observations personnelles dans lesquelles il a employé le bouton de Murphy, M. Heydenreich examine d'après les cas publiées les accidents provoqués par cet instrument.

Dans la première série de faits, le bouton n'a pas réalisé l'affrontement exact des surfaces mises en contact, soit que le bouton n'ait pas été suffisamment serré, soit qu'étant trop petit, il ait laissé glisser au dehors la paroi stomacale. Ces accidents peuvent être évités grâce à une bonne technique et à l'emploi d'un bouton de dimensions appropriées. Au besoin on a la ressource d'appliquer sur tout le pourtour de la zone d'affrontement une série de points de suture de Lembert.

Un second groupe comprend les cas dans lesquels la présence du bouton a empêché le cours des matières intestinales; en l'absence de fautes commises, cet accident ne s'observe que lorsqu'on opère sur le gros intestin où les matières fécales sont solides. Il est indiqué alors de se servir d'un bouton à lumière très large et d'administrer à l'opéré de légers laxatifs. Il serait même prudent de n'avoir pas recours au bouton dans les opérations portant sur le gros intestin.

Dans une troisième série d'accidents on a observé une perforation viscérale, soit par échec de la réunion, soit par gangrène due à une compression exercée latéralement par un bouton trop gros. L'échec de la réunion semble avoir eu le plus souvent pour cause une défectuosité dans la construction de l'instrument. Ainsi les tuniques de l'estomac ou de l'intestin doivent être comprimées entre deux surfaces convexes et non pas entre deux faces minces qui coupent les tissus. Il faut éviter que les trous latéraux, dont est percé l'instrument, aient un bord coupant ou que la pièce mâle après avoir été emboîtée dans la pièce femelle dépasse par son bord tranchant la lumière de cette dernière pièce. Un dernier reproche a été adressé au bouton de Murphy, c'est que parfois il n'a pas été expulsé. En effet, à la suite d'une gastro-entérostomie, il n'est pas rare que le bouton de Murphy tombe dans l'estomac et y reste. Il peut alors produire quelques accidents. Le remède à cet inconvénient serait l'invention d'un bouton résorbable. En dépit des reproches qui peuvent lui être adressés, le bouton de Murphy ne saurait être rejeté. Il a l'inappréciable avantage de permettre une opération rapide chez des malades le plus souvent très affaiblis, incapables de supporter une intervention d'une certaine durée. Les efforts des chirurgiens doivent tendre à perfectionner la construction du bouton, à le rendre plus léger, moins volumineux, résorbable.

M. Thomas Jonnesco (de Bukarest). — Comme vient de vous le montrer fort bien M. le Pr Heydenreich, le bouton de Murphy présente quelques inconvénients, pouvant entraîner l'échec complet de son emploi. A part des défauts qui tiennent à l'appareil même, je crois que le procédé ordinaire pour son application est souvent défectueux. Ainsi, après de nombreuses expériences sur les chiens et trois applications sur l'homme, je me suis convaincu que le procédé de Murphy présente surtout deux grands défauts : 1° La boutonnière intestinale ou gastrique par laquelle on engage la pièce mâle du bouton est trop large pour le calibre du cylindre central et on est forcé d'avoir recours à une suture des bords de la plaie pour la rétrécir. Or, cette suture est souvent imparfaite, d'où des accidents possibles et quelquefois mentionnés. 2° la coaptation parfaite des deux pièces du bouton est souvent difficile, sinon impossible, à cause de l'épaisseur des parois et du danger qu'offre une pression trop forte des pinces à travers ces parois, qui peuvent être sinon mortifiées, du moins fortement modifiées dans leur vitalité. Il est incontestable, en effet, que certaines ulcérations des parois gastrique ou intestinale, observées par les chirurgiens, après l'application du bouton, tiennent à cette meurtrissure des parois, par la suite des pressions trop fortes qu'on y a exercées. D'un autre côté, une coaptation imparfaite peut avoir des résultats funestes facilement compréhensibles. Convaincu de ces deux défauts, j'ai cherché un moyen pour y remédier, et je crois l'avoir trouvé en employant le procédé suivant qui m'a toujours donné des résultats excellents. L'introduction et la fixation des pièces comportent cinq temps gastriques et autant intestinaux. Après avoir attiré la portion pylorique de l'estomac hors du ventre, un aide saisit des deux mains, entre le pouce et l'index, le canal pylorique, et après avoir refoulé le contenu gastrique, il pince l'estomac aux deux limites du champ opératoire qu'il tend et isole de cette manière. On pratique alors, sur la paroi antérieure du canal pylorique et parallèlement à son axe, une incision longue de 3 centimètres qui intéresse toutes les tuniques de la paroi stomacale.

Cette *boutonnière d'engagement* faite, on saisit avec une pince à forci-pressure, qu'on tient de la main gauche, une des pièces du bouton, la pièce mâle, qu'on engage à travers la boutonnière gastrique et qu'on pousse de droite à gauche vers le vestibule du pylore, à quatre ou cinq centimètres environ de la boutonnière d'engagement, on fait saillir le cylindre de la pièce qui soulève la paroi gastrique près de la grande courbure et s'encoiffe. Pendant que l'aide pince l'estomac aux deux extrémités du champ opératoire, c'est-à-dire la boutonnière

autour de la pince et la paroi gastrique autour de la pièce ainsi engagée, l'opérateur pratique sur la lumière du cylindre saillant et dans toute son étendue, une incision cruciale intéressant toutes les tuniques de la paroi gastrique. Par un mouvement de bascule de la pince tenue de la main gauche, on fait sortir le cylindre métallique à travers la boutonnière cruciale qu'on vient de créer. Le cylindre se trouve alors exactement enserré par la collerette formée des quatre petits lambeaux qui résultent de l'incision cruciale. Celle-ci ayant une grande tendance à s'agrandir, par suite de la déchirure de la paroi, il faut fixer le manchon gastrique formé des quatre petits lambeaux autour du cylindre, soit en le serrant à l'aide d'un fil de soie, soit en passant une suture en bourse autour du manchon. Cette suture est faite avec l'aiguille de Reverdin fine, passée trois fois, ce qui suffit pour faire le tour du cylindre. Ce fil est serré et ses deux extrémités sont nouées. Les temps gastriques sont terminés. Après avoir confié à un aide l'estomac avec la pince et la pièce ainsi fixée, on procède à l'introduction et fixation de l'autre pièce du bouton, la pièce femelle, dans le tube intestinal. Pour cela on suit exactement les mêmes cinq temps qu'on a pratiqués sur l'estomac, inutile de les décrire. Un détail doit être mentionné : l'incision en boutonnière d'engagement gastrique est faite en aval du point où doit être fixée la pièce du bouton, tandis que la boutonnière d'engagement intestinale sera faite en amont du point de fixation de la pièce. La première sera faite du côté du pylore, et la pièce engagée de droite à gauche, la seconde du côté du duodénum, et la pince engagée de gauche à droite. Et pour cela deux raisons : 1° pour éviter, si cela pouvait se produire, le rétrécissement du calibre du tube gastro-intestinal en amont du courant des aliments; 2° pour éviter le passage du couteau gastrique et intestinal au niveau des incisions d'engagement. La *coaptation* des deux pièces du bouton se fait de la manière suivante : pendant que l'aide pince de la main droite la boutonnière d'engagement gastrique et de la main gauche la boutonnière intestinale, l'opérateur saisit les deux pinces, la gastrique de la main gauche, l'intestinale de la droite et, en leur faisant subir un léger mouvement de rotation en sens inverse, ramène les deux cylindres métalliques, l'un en face de l'autre, puis engage le cylindre de la pièce intestinale dans celui de la pièce gastrique et par une légère pression les fait pénétrer l'un dans l'autre. Ceci fait, on déclanche les deux pinces et on les retire. La coaptation est achevée de la façon suivante : l'index de la main gauche est introduit par la boutonnière gastrique, tandis que le pouce de la main droite est introduit dans l'intestin par la boutonnière d'engagement de ce dernier.

On saisit ainsi les deux pièces, mâle et femelle, gastrique et intestinale, entre l'index gauche et le pouce droit et on approche fortement les deux doigts. De cette façon la coaptation est parfaite. L'aide, pendant toute cette manœuvre, pince les lèvres des boutonnières d'engagement autour des doigts de l'opérateur. Il ne reste plus qu'à suturer les deux boutonnières d'engagement gastrique et intestinale; cela se fait facilement, à l'aide de cinq points de Lembert, ou pour chacune d'elles. Après quoi le tout est remis dans le ventre. Je viens de décrire le procédé tel que je l'ai employé sur vingt chiens avec un succès parfait dans les gastro-entérosmoses. On comprend facilement qu'on peut l'employer aussi dans les entéro-entérostomoses, dans les anastomoses des voies biliaires, avec l'intestin, etc..., et même dans les résections étendues ou non de l'intestin. Dans ces derniers cas, l'orifice des deux bouts intestinaux servira de boutonnière d'engagement des pièces de bouton qu'on fermera après avoir obtenu ainsi une anastomose intestinale latérale ce qui est préférable, vu les difficultés bien connues des anastomoses bout à bout du tube intestinal. J'ajouterai enfin que dans toutes mes expériences j'ai eu le soin de fermer le pylore par un fil de soie, de façon à intercepter toute circulation des aliments par l'orifice normal et mettre l'animal dans les mêmes conditions que l'homme atteint d'athrésie du pylore. Je conseille cette fermeture préalable du pylore chez l'homme car cette constriction qu'exerce le fil de soie sur le pylore supprime les contractions énergiques du pylore et du duodénum, elle enlève ainsi les chances de refoulement de la bile dans l'estomac. En terminant je dois vous dire que j'ai fait trois fois la gastéro-entérostomose chez l'homme, avec insuccès; le premier malade a succombé quarante-huit heures après l'intervention de Schœk, vu le degré très avancé de cachexie; le second a succombé le troisième jour, d'hématémie; le troisième a succombé le huitième jour, alors que la guérison paraissait assurée probablement par une ulcération due au bouton; je dis probablement, le malade ayant été opéré en province, je ne l'ai jamais revu. Enfin, il y a dix jours, j'ai fait de l'entéro-entérostomose après la résection de 25 centimètres d'intestin grèle, pour un néoplasme herniaire. Ce malade, jusqu'à ce jour, va très bien, j'espère qu'il guérira.

M. Henry Delagénière (du Mans). — *Nouveau traitement de la coxalgie par l'arthrotomie, l'évidement de la tête et du col du fémur et le drainage trans-trochantérien.* — En présence des résultats médiocres, obtenus par la résection de la hanche dans la coxalgie, et en me fondant sur ce fait que la lésion tuberculeuse a son siège prédominant dans l'épiphyse du fémur, je me suis demandé si l'évidement de cette épiphyse et le drainage articulaire à travers le col et le grand trochanter ne donnerait pas des résultats aussi bons que ceux de la résection, au point de vue de la vie de l'individu, et meilleurs au point de vue orthopédique.

J'ai adopté la technique suivante. Je fais une incision analogue à celle de Langenbeck, mais descendant plus bas sur la cuisse environ à 2 centimètres au-dessous de la base du grand trochanter. Cette incision doit mesurer 15 centimètres environ. Je dissocie les fibres du grand fessier pour pénétrer jusqu'aux muscles pelvi-trochantériens; j'écarte le pyramidal et le moyen fessier, puis pratique une incision du périoste depuis le cotyle jusqu'à la base du grand trochanter, y compris les faces interne et externe de cette saillie osseuse; la capsule articulaire est largement fendue en T pour permettre l'exploration de l'articulation. Je décolle ensuite le périoste de chaque côté de l'incision, afin de faire une opération *sous-périostée.* J'excise en encoche le bord supérieur du grand trochanter jusqu'au bord supérieur du col; avec les pinces gouge, j'évide le col jusqu'à la tête; j'évide ensuite la tête dont j'enlève une portion de cartilage articulaire dans le point qui correspond à l'évidement. Je termine enfin par l'évidement du grand trochanter que je poursuis jusqu'à 1 centimètre au-dessous de sa base, afin de créer une gouttière d'évidement régulièrement déclive et suivant la direction de l'éperon de Merkel.

L'opération est terminée en réunissant les parties molles au-dessus de la gouttière creusée, après avoir mis au fond de celle-ci un tube métallique, dont l'extrémité interne est dans l'articulation et dont l'extrémité externe est fixée à la peau. Ce drain métallique sera laissé jusqu'à la guérison du malade.

J'ai pratiqué deux fois cette opération pour des coxalgies suppurées très graves; les deux malades ont vu rapidement cesser leurs accidents et se sont rétablies rapidement.

Les conclusions qu'il me semble pouvoir tirer de ces faits sont les suivantes : 1° l'opération est simple et facile; 2° elle paraît exempte de gravité; 3° le drainage de l'articulation malade et de l'épiphyse est obtenu définitivement; 4° la hanche conserve sa forme et une partie de ses mouvements.

Néphrectomie grave. Rupture traumatique du rein gauche Guérison.

M. A. Monprofit, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angers, membre correspondant de la Société de Chirurgie. — Un homme de 38 ans fut amené à l'hôpital ayant reçu une violente contusion dans la région lombaire gauche. Cet homme était sans connaissance lorsqu'il fut reçu à l'hôpital; lorsque je le vis, il répondait quelque peu aux questions, et se plaignait d'une vive douleur dans le flanc gauche; dans cette région existait une tumeur du volume d'une tête d'adulte, très tendue et fort sensible. Après le choc, il y avait eu hématurie. Je diagnostiquai une rupture du rein gauche et l'état du malade s'aggravant, j'incisai la région lombaire et arrivai sur une vaste collection pleine de caillots sanguins au milieu desquels se trouvait le rein complètement éclaté sur son bord convexe. Le rein était hydromphrotique. Le malade guérit et est actuellement bien portant. *(A suivre).* Lombard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 octobre. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Énucléation massive des goitres.

M. A. PONCET (de Lyon), montre que l'énucléation massive peut être pratiquée au moins dans le quart des cas de goitres opérés. Cette énucléation est moins difficile et encore plus bénigne que la strumectomie. Une suture bien faite supprimant la large cavité saignante qui persiste est plus sûre encore que les ligatures pour assurer l'hémostase parfaite.

La psittacose.

M. DEBOVE lit un rapport sur un travail de MM. GILBERT et L. FOURNIER relatif à une épidémie familiale de psittacose. Cliniquement il s'agit d'une sorte de septicémie a allures typhoïdes, relativement fréquente, expliquant un certain nombre d'épidémies pneumoniques de famille ou de maison. Cette septicémie semble certainement due à un bacille spécial décrit par M. Nocard ; MM. Gilbert et Fournier l'ont isolé dans les viscères et la moelle osseuse d'un perroquet mort de cette maladie et dans le sang d'une femme contagionnée morte à l'hôpital Andral, dans le service de M. Mathieu. Quoique voisin du bacille d'Eberth ce bacille s'en distingue en particulier par son extrême virulence. Ces faits ont une réelle importance pratique et l'hygiène oblige à se défier beaucoup de la contagion par les perruches au moindre signe de maladie de ces animaux.

La variole à Marseille.

M. le D[r] QUEIREL insiste sur les mesures prophylactiques prises par le maire de Marseille et les médecins. Mais toutes ces mesures échouent devant le refus de la population flottante et surtout des 75,000 Italiens de la ville à se laisser revacciner. Une loi serait donc indispensable pour les y contraindre.

L'alcoolisme des nourrices.

M. VALLIN montre que dans les familles riches l'alcoolisme des nourrices est fréquent. Un demi-litre de vin, un litre de lait, de l'eau additionnée d'un sirop de fruit constituent pour une nourrice la ration normale du liquide.

L'actinomycose dans le Gard.

M. J. REBOUL communique cinq observations d'actinomycose humaine, recueillies dans le Gard où cette affection semble d'une certaine fréquence.

De l'hydronéphrose et de son traitement par l'urétéro-pyélo-néostomie.

M. BAZY. — Il y a trois ans, j'ai eu l'honneur de vous présenter, sous le nom d'urétéro-cysto-néostomie, une opération destinée, dans le cas de fistule urétéro-vaginale, à aboucher à nouveau l'uretère dans la vessie et par conséquent à conserver le rein qui était invariablement sacrifié autrefois. L'opération a tenu les promesses qu'on en attendait, car les deux malades auxquels je l'ai faite sont actuellement bien portantes, et il y a plus de trois ans pour l'une et près de trois ans pour l'autre que je l'ai faite. Chez l'une, l'opération a fait disparaître un gonflement du rein qu'on pouvait attribuer à de l'hydronéphrose. — C'est pour guérir une *hydronéphrose volumineuse* que j'ai pratiquée l'opération dont je viens vous entretenir aujourd'hui sous le nom d'*urétéro-pyélo-néostomie ou nouvel abouchement de l'uretère dans le bassinet* par une opération qui paraissait irréalisable à MM. Terrier et Marcel Baudouin, quand ils ont écrit leur remarquable mémoire sur *l'Hydronéphrose intermittente* (*Rev. de Chir.*, 1891, p. 1080). Le sujet qui en était porteur est un homme de 40 ans, que j'ai opéré, avec l'aide de mon ami Ch. Nélaton et deux de mes internes le 27 juillet dernier. Je n'insiste pas sur les détails de l'observation ; je la résumerai en disant qu'il s'agissait d'une hydronéphrose contenant un litre de liquide hématique, proéminant du côté de la paroi abdominale antérieure. Elle fut abordée par la paroi antérieure de l'abdomen et sur la ligne médiane, au moyen d'une incision de 10 cent. de long environ. L'épiploon et le mésentère furent traversés, l'hydronéphrose ponctionnée, évacuée et largement ouverte. L'uretère fut cherché, son orifice fut trouvé siégeant à la partie moyenne de la poche, sur la paroi interne de cette poche. Cet orifice n'était pas plus large que l'uretère lui-même, qui venait ainsi s'insérer sur le bassinet à la façon d'un tube qu'on aurait soudé à un ballon. Parti de là, l'uretère d'un volume égal dans toute l'étendue où nous pouvions le voir, et de volume normal, se dirigeait en bas, accolé contre la paroi du bassinet, qui devait l'aplatir et empêchait l'écoulement de l'urine. Nous avons cherché la cause de cette disposition et nous ne l'avons pas trouvée : nous n'avons trouvé aucune bride maintenant l'uretère, le tenant suspendu, l'oblitérant, pendant que le rein descendait. J'ai alors cherché le rein, décidé à me comporter d'après l'état dans lequel je le trouverais. Or, nous l'avons trouvé un peu allongé, mais de volume, d'épaisseur et de consistance tels qu'il nous a paru sain et devoir fonctionner normalement. J'ai alors décidé de le conserver.

Pour cela, après avoir sectionné l'uretère de façon à le raccourcir et à lui laisser une longueur juste suffisante, j'ai incisé la paroi postéro-inférieure du bassinet jusqu'au point où je voulais insérer cet uretère. J'ai fendu l'extrémité de ce dernier longitudinalement sur une étendue d'un bon centimètre, et j'ai suturé cette extrémité au bassinet. L'uretère s'insérait alors sur la paroi postérieure du bassinet et dans son pôle inférieur, mais à une certaine distance de son extrémité inférieure. J'introduis une sonde en caoutchouc rouge, n° 12, dans l'uretère à une profondeur de 10 centimètres environ. Je résèque une partie du bassinet ; je rétrécis considérablement l'ouverture faite à ce bassinet, je le suture à la paroi de façon à laisser juste le passage de la sonde urétérale, et je ferme la paroi par trois plans de suture. Je n'insiste pas sur les suites qui furent simples. Le nouvel abouchement de l'uretère, qui n'avait pas fonctionné tant que la sonde est restée dans l'uretère, fonctionna à partir du moment où elle fut enlevée, ce qui m'engagerait à ne pas mettre de sonde, si j'avais une opération semblable à pratiquer.

A partir du moment où l'uretère a fonctionné, il l'a fait d'une manière ininterrompue, et jamais je n'ai pu saisir la moindre tuméfaction dans la région occupée par le rein. J'ai revu mon opéré il y a douze jours ; il n'existe pas la plus petite tuméfaction de la région ; il n'a jamais souffert dans ce point ; il n'éprouve plus les sensations de poids qu'il éprouvait avant l'opération. La palpation bimanuelle permet de soupçonner plutôt que d'affirmer l'existence du rein dans l'hypochondre gauche. Dans tous les cas, son extrémité inférieure ne dépasse pas une ligne horizontale passant par le rebord costal alors qu'au moment de l'opération ce bord inférieur descendait dans la fosse iliaque.

Le résultat paraît devoir se maintenir pour trois raisons : 1° parce que l'uretère a toujours fonctionné d'une manière régulière depuis le jour où il a commencé : 2° parce que, s'il n'eût pas bien fonctionné, le bassinet se serait rapidement dilaté, comme il l'a fait sous nos yeux dans les jours qui ont précédé l'opération, et nous aurions perçu une tumeur ; 3° parce que la fixation du bassinet à la paroi assure la fixité du rein, de même que le point où se fait l'abouchement de l'uretère, empêche et empêchera, je l'espère, toute nouvelle coudure de l'uretère et toute oblitération (1). A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 16 octobre 1896. — PRÉSIDENCE DE M. D'HEILLY.

Sérodiagnostic et séropronostic.

M. CATRIN donne le résultat de nombreux cas où il a fait le sérodiagnostic. Toutes ses observations confirment absolument

(1) M. Bazy vient de faire à nouveau cette opération dans un cas d'anurie chez un calculeux hématurique.

les résultats obtenus par M. Widal. Il a aussi constaté qu'il n'y avait aucun parallélisme à établir entre l'agglutination et l'immunité. M. Catrin aborde ensuite avec une extrême réserve la délicate question du séropronostic. Peut-être chez les malades, dont le sérum donne lieu à une faible agglutination, peut-on pronostiquer une fièvre typhoïde bénigne.

M. WIDAL fait remarquer que M. Catrin, en temps que médecine militaire, peut plus facilement observer le début des fièvres typhoïdes que les médecins des hôpitaux civils. Aussi M. Catrin a pu constater la réaction agglutinative dès le troisième jour de la maladie, tandis que M. Widal n'a pu faire cette observation avant le cinquième. M. Widal n'est pas l'ennemi du séropronostic, mais il approuve les grandes réserves de M. Catrin à ce sujet. Il se rappelle avoir constaté une réaction très énergique chez un malade atteint de la typhoïdette la plus bénigne. Il faut donc multiplier les expériences et les recherches avant de pouvoir trouver dans l'agglutination un élément de pronostic.

Altérations trophiques de la peau provenant d'une périphlébite et offrant l'aspect de la sclérodermie.

M. THIBIERGE présente un malade atteint à la suite de périphlébites dues à des varices internes d'un trouble trophique de la peau de la jambe, ressemblant beaucoup à la sclérodermie. La région malade a un aspect brillant, lardacé; l'un y constate des points blancs et un piqueté rouge qui ne disparaît pas à la pression. C'est le quatrième cas de ce genre qu'observe M. Thibierge, deux fois les troubles avaient pour origine des phlegmatia et dans les deux autres fois des varices anciennes pouvant être incriminées.

Accidents rares causés par l'antipyrine.

M. DALCHÉ signale une stomatite ulcéro-membraneuse provenant manifestement de l'ingestion d'une faible dose d'antipyrine. Le malade faisait un usage fréquent de ce médicament, mais la stomatite ne se manifesta qu'à l'occasion de l'irruption d'une dent de sagesse. Le malade n'avait aucune lésion rénale. Le second cas observé par M. Dalché a trait à une femme nerveuse hyperchlorhydrique, qui calmait ses crises par l'absorption d'un paquet d'antipyrine de 0 gr. 50. A la suite de l'administration d'un paquet, ses douleurs prirent un caractère différent et elle resta deux jours sans pouvoir tolérer le moindre aliment. M. Kuss, interne des hôpitaux, a signalé à M. Dalché un cas dans lequel le malade migraineux avait été atteint de phlyctènes cutanées après l'absorption d'une faible dose d'antipyrine. M. Dalché se demande si la dent de sagesse, l'hyperchlorhydrie, n'avaient pas déterminé une intolérance occasionnelle chez les malades observés, car ils étaient tous habitués à l'antipyrine, et aucun d'entre eux n'avait d'albumine dans les urines.

Intoxication dûe à du cidre ayant séjourné dans des vases d'étain étamés.

M. RENDU fut récemment appelé en Normandie pour soigner plusieurs personnes atteintes d'une affection bizarre et persistante. Il s'agissait d'un jeune homme atteint d'une courbature générale avec digestion pénible, céphalalgie, constipation, coliques sèches, vomissements bilieux, crampes d'estomac, arthralgie, teinte subictérique. Soulagé par des purgatifs et soigné comme atteint de coliques hépatiques, il retomba gravement malade à la suite de l'ingestion de bouillons aux herbes. La sœur de ce jeune homme, jeune femme de 25 ans fut plus légèrement et plus tardivement atteinte du même mal. Un petit garçon, enfant de cette dernière, était notablement anémié depuis peu. A la suite d'une enquête, M. Rendu fut convaincu qu'il avait affaire à l'intoxication saturnine. La cause de cette intoxication provenait du cidre que buvaient seules les trois personnes malades, les autres membres de la famille buvant du vin. Le jeune homme qui en buvait le plus avait été le plus frappé; l'enfant qui buvait beaucoup de lait et peu de cidre avait été à peine touché. Le cidre, pour être rafraichi, séjournait dans des vases d'étain récemment étamés. L'analyse chimique a démontré que l'étamage contenait 29 pour 100 de plomb. M. Rendu fait remarquer qu'un seul de ces malades présentait un liseré gengival et encore fort douteux. Le *British méd. j.* a publié récemment une observation analogue. Un paysan s'empoisonna en buvant du cidre dans un tonneau au moyen d'un siphon de plomb. Ces cas prouvent avec quelle rapidité se produit le saturnisme. M. Rendu appelle ainsi l'attention sur la récidive du premier malade qu'il observe à la suite de l'ingestion d'une soupe à l'oseille. Les oxalates de plomb, tout aussi bien que les malates sont solubles et facilitent l'intoxication. J. NOIR.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 14 octobre 1896. — PRÉSIDENCE DE M. JOSIAS.

Traitement de la pneumonie par le sérum artificiel.

M. TUBUR (de Bukarest) communique à la Société une nouvelle méthode de traitement de la pneumonie, dont il aurait retiré d'excellents résultats. Cette méthode consiste à soigner les malades et à substituer au sang, chargé de principes toxiques, ainsi enlevé, du sérum artificiel selon la formule de Hayem, que l'on injecte par voie hypodermique.

Action de l'ergotinine dans les hémoptysies.

M. VERGNIOT, médecin de la marine en retraite, signale l'excellent résultat qu'il obtint au moyen d'injection d'ergotinine dans une hémoptysie très abondante chez un tuberculeux. L'hémorrhagie cessa presque subitement après l'injection de deux centimètres cubes d'une solution au 1/1000.

Lavements froids dans la fièvre typhoïde.

M. BOLOGNESI lit un mémoire dans lequel il reconnaît les bons effets obtenus par les lavements froids au cours de la fièvre typhoïde. Il est néanmoins d'avis que cette méthode de traitement ne saurait être substituée à la balnéation froide, dont l'action est incontestablement plus efficace. J. N.

VARIA

Le Cinquantenaire de l'Anesthésie et le Congrès de Chirurgie.

Sous ce titre, nous lisons dans le dernier numéro (21 octobre 1896) de la *Tribune Médicale*, l'article ci-dessous, tout à fait de circonstance :

« C'est, personne ne saurait y contredire, une excellente idée que la célébration du *Cinquantenaire de l'Anesthésie*, dont l'*Association Française de la Presse Médicale* a pris l'initiative sous l'heureuse inspiration de son secrétaire général, notre excellent collègue et ami, M. le Dr Marcel BAUDOUIN, dont l'incomparable activité est toujours en éveil, et ne se lasse jamais.

« Le *Cinquantenaire de l'Anesthésie*, c'est la fête de la grande révolution de la chirurgie moderne, une des plus mémorables dans les annales du progrès des sciences médicales, et solidairement du progrès humanitaire; il n'en est pas, assurément, qui plus que celle-là mérite d'être célébrée avec éclat, avec l'assentiment et la participation des corps savants de tous pays qui y sont intéressés.

« L'appel, parti de France, n'a pas manqué, en effet, d'être entendu de l'Étranger, et il nous est déjà permis de signaler des journaux consacrant spécialement des numéros entiers à cette question à l'ordre du jour, notamment le journal *The Practitionner,* dont le numéro d'octobre est entièrement réservé à une série de mémoires des plus intéressants, relatifs à l'anesthésie et à sa découverte. L'on comprend facilement, d'ailleurs, que les Américains et les Anglais se passionnent, à bon droit, pour une question dans laquelle leurs pays respectifs sont hautement et directement intéressés; car la découverte de l'*Anesthésie générale* s'est faite en Amérique, et à l'Angleterre appartient l'initiative de la chloroformisation chirurgicale. Il reste, il est vrai, à la France—et ce n'est pas une mince part — la découverte du *chloroforme*, sans laquelle nuelle application ne pouvait être faite, et les premiers résultats expérimentaux de son action physiologique.

« Eh bien, en France, — le croira-t-on?... oui, cela n'est pas nouveau dans notre beau, mais parfois singulier pays — l'organisation de la fête en question ne marche pas de soi, et comme il serait à désirer : c'est le Bureau du *Congrès de Chi-*

rurgie qui paraît — chose imprévue et pour nous inexplicable — s'être montré réfractaire à une entente commune pour la date opportune de la célébration de la fête, qui ne pouvait mieux cadrer, en effet, qu'avec la tenue du Congrès lui-même.

« Une note, que l'on peut dire officielle, nous apprenait récemment où en étaient les choses touchant l'organisation de la fête du Cinquantenaire.

M. M. Baudouin a exposé à la Commission un programme de l'ensemble des fêtes, qui comprendraient : 1° une séance solennelle à la Sorbonne; 2° un banquet ouvert à tout le corps médical français; 3° une représentation de gala dans l'un des théâtres subventionnés.— Comme la Commission pense qu'il y a un réel intérêt à faire coïncider la fête, non pas exactement avec le 16 octobre (date précise du Cinquantenaire), mais avec le prochain Congrès de Chirurgie, qui s'ouvrira, à Paris, le 18 octobre seulement, avant de se réunir à nouveau, elle attendra les propositions du bureau du Congrès de Chirurgie, pour savoir si ce dernier n'accepte pas intégralement les propositions de l'Association de la Presse médicale.

« Or, cette acceptation, tant intégrale que partielle, a été refusée : le Congrès de Chirurgie ne veut pas de promiscuité, à propos de la célébration d'un Cinquantenaire qui, cependant, l'intéresse et le touche particulièrement; et si bien qu'il eût dû, à notre humble avis, saisir avec empressement cette occasion de mettre à son ordre du jour la question de l'*Anesthésie* chirurgicale, laquelle est loin d'être définitivement résolue, question toujours en suspens relativement aux procédés et au choix de l'anesthésique, qu'il eût été d'un puissant intérêt de voir discuter par les chirurgiens, sur leur propre et seul terrain, surtout si le résultat de cette discussion eût peut être un accord si désirable entre eux. Donc la célébration de la fête du cinquantenaire sera séparée et distraite de la tenue du Congrès de Chirurgie, et même du banquet terminal du Congrès, auquel, en cette occurrence, l'on eût pu donner un caractère de solennité particulière, en réunissant les adhésions et les délégations des corps médicaux français et étrangers.

« Serait-ce, par hasard — la question n'a, dans notre intention, rien d'indiscret — parce que l'initiative vient de l'*Association de la Presse médicale*, que cette détermination particulariste aurait été prise? Nous nous plaisons à croire que ce n'est point là le vrai motif. En tout cas, nous ne pouvons que la regretter à tous égards.

« En attendant, M. le Secrétaire général de l'*Association de la Presse médicale* a adressé, ces jours derniers, aux membres de cette Association, une circulaire, qui a fixé la situation actuelle, à ce propos.

Nous avons publié cette circulaire dans l'un de nos précédent numéros (1). »

Le Monument Maillot à Briey.

Dimanche dernier a été inauguré à Briey (Meurthe-et-Moselle), en présence du Ministre de la guerre, le monument élevé à la mémoire du Dr Maillot, ancien médecin inspecteur et président du conseil de santé des armées.

On sait que c'est à l'initiative du Dr Maillot (tentative qui valut alors à ce clinicien des attaques de toutes sortes de la part de l'intendance, des bureaux et même de plusieurs de ses collègues) que l'on doit l'introduction de l'emploi du sulfate de quinine dans la thérapeutique de notre armée d'Afrique. C'est à cette nouvelle médication que des contingents tout entiers, qui étaient éprouvés et décimés périodiquement par les fièvres paludéennes depuis les premières années de l'occupation, ont dû leur salut.

Une statue a déjà été élevée en Algérie à Maillot ; mais sa ville natale a tenu à lui rendre à son tour ce public hommage. La statue de Briey, due au ciseau d'un artiste parisien, M. Paul Fournier, mesure 2 m. 50 de hauteur sans le piédestal qui porte cette inscription :

A F.-C. MAILLOT
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES
NÉ A BRIEY
(1804-1894)

Maillot est représenté dans le costume de son grade : chapeau à la française, tunique à collet et parements brodés ; au cou, la cravate de commandeur de la Légion d'honneur ; au côté, l'épée.

Un discours a été prononcé au banquet qui a précédé la cérémonie, par M. Mézières, député, membre de l'Académie française. De son côté, le général Billot, Ministre de la Guerre, a déclaré qu'il était fier de représenter l'armée à cette occasion. — Après le banquet, le Ministre et les personnages officiels se sont rendus sur la place de l'Hôtel-de-Ville pour l'inauguration de la statue. M. Laurent, maire de Briey, a fait l'éloge du Dr Maillot, bienfaiteur de l'Algérie, bienfaiteur de l'humanité, et retracé la carrière de Maillot, qui avait, dit-il, l'âme du soldat et le génie du savant. M. Dujardin-Beaumetz, inspecteur général, a remercié le général Billot de la nouvelle preuve d'intérêt qu'il témoigne au corps de santé militaire, en assistant à l'inauguration de la statue de Maillot. M. le général Billot, prenant ensuite la parole, a fait l'éloge de Maillot, un des enfants les plus illustres et les plus modestes de cette Lorraine, où on rencontre avant tout le patriotisme. Il a remis ensuite les palmes d'officier de l'instruction publique au sculpteur, M. Paul Fournier, et des palmes académiques.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 26. — 1er *de Doctorat* MM. Blanchard, Weiss, Chassevant. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Terrier, Tuffier, Retterrer. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Gaucher, André. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Landouzy, Chauffard, Gilles de la Tourette.

MARDI 27. — 1er *de Doctorat* : MM. Gariel, Blanchard, André. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Chantemesse, Thiéry. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Pouchet, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (1re *série*) : MM. Panas, Pozzi, Nélaton. — (2e *série*) : MM. Le Dentu, Berger, Hartmann. — (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Ménétrier, Achard.

MERCREDI 28. — Médecine opératoire : MM. Terrier, Peyrot, Ricard. — 1er *de Doctorat* : MM. Gautier, Weiss, Heim. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Pouchet, Retterer, Wurtz.

JEUDI 29. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Pozzi, Albarran — (2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Pouchet, Gley, Roger. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Joffroy, Marie, Achard.

VENDREDI 30. — 1er *de Doctorat* : MM. Gariel, Blanchard, Chassevant. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 2e Fin d'année (Officiat) : MM. Humbert, Retterer, Thiéry. — 3e Fin d'année (Officiat) : MM. Potain, Ricard, Letulle. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Delbet, Sébileau. — (2e *partie*) : MM. Straus, Gaucher, Gilles de la Tourette. — (1re *partie*). Obstétrique. (Clin. Baudelocque) : MM. Pinard, Lejars, Varnier.

SAMEDI 31. — Dissection : MM. Farabeuf, Poirier, Thiéry. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 3e Fin d'année (Officiat) : MM. Debove, Marie, Hartmann. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*, Charité. (1re *série*) : MM. Cornil, Ménetrier, Roger. — (2e *série*) : MM. Joffroy, Gilbert, Marfan. — (1re *partie*) Obstétrique. Clin. d'accouche., rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 28.—M. Cahuzac. Du thrill dans l'insuffisance aortique. — M. Boutroue. Traitement des arthrithes tuberculeuses (Méthode de Bier). — M. Aoustin. Quelques considérations sur le mécanisme et la valeur séméiologique de la pectoriloquie aphone. — M. Couturier. Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de l'obstruction calculeuse du cholédoque. — M. Hermary. Des hémorrhagies gastro-intestinales chez le nouveau-né. — M. Lochelongue. Des injections massives d'eau salée dans les affections médicales et les intoxications. — M. Merger. Etude critique sur la syphilis conceptionelle. — M. Cogrel. Hystéroscope. Son instrumentation. Son manuel opératoire. Ses résultats acquis. — M. Humeau. De l'arthrite cervicale d'origine rhumatismale. — M. Champon. Traitement palliatif du cancer utérin inopérable.

JEUDI 29. — M. Meunier. Du rôle du système nerveux dans l'infection de l'appareil broncho-pulmonaire. — M. Hurtaud. Des règles supplémentaires et déviées. — M. Gouin. Contribution à l'étude de la variole hémorrhagique et des prodromes de la variole. — M. Maignant. Des chlorures et des hypochloruries. — M. Bodin. Essai sur les paralysies ascendantes aiguës. Etude clinique et anatomique. — M. Lihou. Prophylaxie de la rougeole à l'hôpital, La rougeole à l'hôpital Trousseau en 1895. — M. Abarnou. Essai sur le traitement du croup à la campagne par l'intubation. — M. Poulet. De l'ophtalmoplégie sensitivo-motrice avec atrophie optique par syphilis acquise. — M. Plancke. Des complications rapidement mortelles au cours des affections auriculaires. — M. Coronat. La désarticulation coxo-fémorale. — M. Granboulan. De la résection à froid de l'appendice iléo-cæcal.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 41.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 4 oct. au samedi 10 oct. 1896, les naissances ont été au nombre de 1 044, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 391; illégitimes, 139, Total, 530. — *Sexe féminin* : légitimes, 363 ; illégitimes, 151. Total, 514.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 4 oct. au samedi 10 oct. 1896, les décès ont été au nombre de 784, savoir : 404 hommes et 380 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 4, T. 6. — Typhus: M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 0, F. 0, T. 0. — Scarlatine: M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche: M. 1, F. 4, T. 5. — Diphtérie, Croup : M. 3, F. 3, T. 6. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 120, F. 61, T. 181. — Méningite tuberculeuse : M. 10, F. 11, T. 21. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 7, T. 19. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 11, F. 16, T. 27. — Méningite simple : M. 7, F. 5, T. 12. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 28, F. 13, T. 41, — Paralysie, M. 3, F. 5, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 2, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 16, F. 34, T. 50. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 3, T. 6. — Bronchite chronique: M. 3, F. 8, T. 11. — Broncho-pneumonie : M. 4, F. 3, T. 7. — Pneumonie : M. 9, F. 6, T. 15. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 10, F. 13, T. 23 — Gastro-entérite, biberon: M. 14, F. 12, T. 26.— Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 3, T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 0, T. 1. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 2, T. 4. — Fièvres et péritonite puerpérales: M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 8, F. 11, T. 19. — Sénilité : M. 15, F. 15, T. 30. — Suicides: M. 12, F. 5, T. 17. — Autres morts violentes: M. 11, F. 6, T. 17. — Autres causes de mort : M. 59, F. 44, T. 103. — Causes restées inconnues : M. 2, F. 0, T. 2.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 84, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31, illégitimes, 8. Total : 39. — *Sexe féminin* : légitimes, 33, illégitimes, 12. Total: 45.

Faculté de Médecine de Paris. — *Travaux pratiques d'Anatomie pathologique*, sous la direction de M. le Dr Brault, chef des travaux. — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique commenceront le mardi 3 novembre 1896. MM. les étudiants, pourvus de 13 inscriptions régulières (la 13e ayant été prise en octobre-novembre 1896), sont priés de se faire inscrire, pour lesdits travaux, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2) tous les jours, à partir du lundi 12 octobre 1896, jusqu'au samedi 21 novembre inclus, et de midi à 3 heures. — Ils peuvent demander leur inscription par écrit. Des lettres de convocation leur seront adressées à domicile. Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon. — Sont maintenus pour l'année scolaire 1896-1897 dans les fonctions de chef de travaux : M. Frenkel, docteur en médecine, clinique ophtalmologique. M. Genoud, docteur en médecine, zoologie. M. Martz, pharmacien de 1re classe, clinique médicale. M. Moreau, agrégé, pharmacie. M. Boyer, agrégé, médecine légale. M. Causse, pharmacien supérieur de 1re classe, chimie organique et toxicologie. M. Dor, docteur en médecine, clinique chirurgicale. M. Devic, agrégé, anatomie pathologique. M. Doyon, agrégé, physiologie. M. Barral, agrégé, chimie minérale. M. Beauvisage, agrégé, matière médicale et botanique. M. Rochet, agrégé, médecine opératoire. M. Lyonnet, docteur en médecine, clinique médicale, travaux biologiques. M. Regaud, docteur en médecine, délégué dans les fonctions de chef des travaux d'anatomie générale et d'histologie, est nommé pour l'année scolaire 1896-1897, chef des travaux d'anatomie générale et d'histologie.—M. Bert, docteur en médecine, prosecteur est délégué pour l'année scolaire 1896-1897 dans les fonctions de chef des travaux d'anatomie en remplacement de M. Siraud dont la délégation est expirée.

Faculté de Médecine de Montpellier. — M. Descamps, pharmacien de 1re classe, est nommé pour l'année scolaire 1896-1897, préparateur chargé de la direction des travaux pratiques de chimie en remplacement de M. Raymond, démissionnaire.

Faculté de médecine de Lille. — *Concours pour un emploi de chef de clinique chirurgicale, un emploi de chef de clinique obstétricale et un emploi de chef de clinique médicale.* — Des concours pour un emploi de chef de clinique chirurgicale, un emploi de chef de clinique obstétricale, un emploi de chef de clinique médicale, s'ouvriront à la Faculté : les deux premiers, le mercredi 28 octobre, à dix heures du matin; le troisième, le jeudi 29 du même mois, à dix heures du matin.

Ecole supérieure de Pharmacie de l'Université de Nancy. — La chaire de chimie de l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Nancy est déclarée vacante. Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordée aux candidats pour produire leurs titres.

Ecole supérieure de Pharmacie de Montpellier. — Sont maintenus, pour l'année scolaire, 1896-1897, dans les fonctions ci-après désignées : M. Fouzes, chef des travaux de chimie. M. Belugon, chef des travaux de physique. M. Gaucher, chef des travaux d'histoire naturelle.

Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Rennes. — M. Bodin, docteur en médecine est institué pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales. — M. Le Moniet (Sébastien-Marie-Joseph), docteur en médecine, est institué pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale. — Un concours s'ouvrira le 5 avril 1897, devant l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Rennes pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours. — M. Lautier (Paul-Justin), docteur en médecine, est institué pour une période de neuf ans, chef des travaux de physiologie.

Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Dijon. — Un concours s'ouvrira le 5 avril 1897 devant l'Ecole préparatoire de Médecine et de pharmacie de Dijon pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite Ecole. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Distinctions honorifiques. — Au cours de son voyage à Oloron, M. Barthou, ministre de l'intérieur, a remis les palmes académiques à M. le Dr Cazaux, conseiller d'arrondissement d'Oloron. — Pendant son séjour à Paris, le tzar a fait remettre la croix de Sainte-Anne à M. le Dr Colonna Ceccaldi qui a organisé en Russie, d'après la méthode Pasteur, des laboratoires pour la préparation du vaccin contre le charbon et le rouget des animaux domestiques.

Asiles d'Aliénés de la Seine. — *Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie, vacantes au 1er janvier* 1897, *dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, asile clinique, asiles Vaucluse, Ville-Evrand et Villejuif.* — Le lundi 9 novembre 1896, à une heure précise, il sera ouvert à l'Asile Clinique, 1, rue Cabanis, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier 1797 dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de midi à cinq heures. Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 12 au samedi 24 octobre 1896 exclusivement.

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour la Médaille d'or.* — Les jurys sont provisoirement ainsi formés. — *Médecine* : MM. Fernet, Gilles de la Tourette, Gingeot, Hirtz, Tuffier.— *Chirurgie* : MM. Th. Anger, Auvard, Bazy, Empis, Quénu.

Concours de l'Internat. — Le jury de l'internat est définitivement composé de la façon suivante : MM. Brocq, Guyot, Achard, Merklen, Lejars, Guinard, L. Labbé, Berger, Varnier et Lucas-Championnière. — La question donné à l'épreuve écrite lundi dernier a été la suivante : *Origine et tronc de la veine porte* ; *perforation intestinale*. Les questions restées dans l'urne étaient les suivantes: *Œsophage* ; *cancer de l'œsophage.* — *Trachée, adénopathie trachéo-bronchique.* Le nombre des candidats était de 550. Il y a eu 311 copies déposées. — Conformément au nouveau règlement, le jury s'est divisé en *deux sections* pour entendre la lecture des copies. *Section d'anatomie :* MM. Guyot, Brocq, Berger, Lejars, Lucas-Championnière. — *Section de Pathologie :* MM. Merklen, Achard, L. Labbé, Guinard, Varnier.

Concours de l'Externat. — L'ouverture du concours de l'externat a eu lieu mardi. Les premières séances sont exclusivement réservées aux candidats militaires. Conformément au règlement, le jury s'est dédoublé en *deux sections* chargées, l'une de juger l'épreuve d'anatomie et l'autre l'épreuve de pathologie. *Section d'Anatomie* : MM. de Gennes, Jacquet, Rieffel, Villemin. *Section de Pathologie* : MM. Lesage, Courtois-Suffit, Arrou, Potocki. — Les 1res questions posées ont été : *Omoplate; Prostate.*

Maison municipale de Santé. — Un employé, attaché à l'économat de la Maison de Santé du faubourg Saint-Denis, plus connue sous le nom de Maison Dubois, a disparu en emportant

une somme de quinze mille francs. Cet individu était chargé d'encaisser l'argent des personnes qui entraient dans cet établissement et de leur délivrer des reçus. A chaque versement, il remettait une quittance, mais se gardait bien de verser l'argent dans la caisse. Se voyant sous le coup d'une vérification de sa comptabilité, il a préféré prendre la fuite, et ce n'est qu'après son départ qu'on a constaté le vol et qu'on a pu en établir le montant. Une plainte a été déposée contre ce filou, qui est, en ce moment, l'objet des recherches les plus actives. (*Justice* du 17 oct.). — Décidément la Maison de Santé fait trop parler d'elle.

Hôpitaux de Rouen. — Un concours, pour la nomination à quatre places d'interne en pharmacie dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 18 décembre 1896. Les épreuves commenceront à neuf heures du matin, à l'Hospice général, salle des séances. Le régime d'inscription, ouvert à la direction, enclave de l'Hospice général, sera clos le 25 novembre.

Hôpitaux de Lyon. — Un concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux aux hospices civils de Lyon aura lieu le lundi 29 mars 1897, à huit heures du matin. Ce concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu devant le Conseil d'administration, assisté d'un jury médical. Le registre d'inscription sera clos le samedi 20 mars 1897. Pour tous renseignements, s'adresser au bureau des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu.

75e Anniversaire de Virchow. — L'éminent savant, M. Rodolphe Virchow, a célébré cette semaine le 75e anniversaire de sa naissance.

Les sciences naturelles et la politique. — Dijon a supprimé les emplois de directeur du Jardin botanique, de directeur et de préparateur du Muséum d'histoire naturelle. Les collections précieuses de ces établissements sont à la veille d'être avariées ou dispersées, et les chaires d'histoire naturelle de la Faculté des sciences et de l'Ecole de médecine, dont les titulaires sont les fonctionnaires remerciés, se trouvent ainsi privées d'un matériel précieux. Cette attitude du conseil municipal s'explique d'autant moins que l'Etat vient de faire des sacrifices importants pour la réorganisation de l'Ecole de médecine, dit la *Semaine médicale*. — Pour nous, nous ne nous étonnons pas de ce qui se passe ; dans tous les milieux politiques, on commence une charge à fond contre la science et les savants. C'est tout simplement insensé et effrayant.

La Médecine dans les Tribunaux. — A la rentrée des cours et tribunaux, qui vient d'avoir lieu, quelques-uns des discours d'usage ont été consacrés à des questions touchant à la médecine; citons, entre autres : *Le régime des aliénés et la liberté individuelle* (Bourges). — *L'infanticide* (Douai). — *La magie et la sorcellerie à travers les âges* (Rion). — *La criminalité à notre époque* (Rouen). — *Les œuvres de bienfaisance et les lois protectrices de l'enfance* (Toulouse).

Empoisonnement par l'aconitine. — Un jeune violoniste, élève du Conservatoire, agé de dix-neuf ans, M. B..., s'est suicidé ces jours-ci, rue du Chemin-Vert, 18, en avalant plusieurs granules d'aconitine. Le pauvre garçon, qui avait été recueilli charitablement par un de ses camarades, a profité de l'absence de celui-ci pour se donner la mort. Mais, presque assitôt, après avoir absorbé le poison, il fut pris de violents vomissements; il eut peur, descendit l'escalier en hâte et se mit à courir dans la rue en poussant des cris affreux. M. M. B... n'a pas tardé à succomber.

Un écho du Congrès de Chirurgie. — M. le Pr Félix Terrier, président de la session actuelle du Congrès de Chirurgie, a reçu la pièce de vers suivante d'un poète *anonyme*, à l'occasion du discours d'ouverture qu'il a prononcé lundi dernier et qu'on lira plus haut :

Terrier se plaint du bruit qu'on sème
Qu'un scalpel seul est son emblème...
Tel propos n'est pas bien méchant :
Vraiment n'était-il pas notoire,
Même avant son réquisitoire,
Qu'il n'est pas d'homme plus tranchant ?

Pour nous, nous nous sommes exercé, à l'aide de ces six vers amusants, mais qui ne valent pas bien cher, à faire le diagnostic de ce mauvais poète. « Donnez-moi une ligne écrite de la main d'un homme et je le ferai pendre, a dit quelqu'un ». Cela est parfaitement exact. Aussi vaut il toujours mieux signer. — Ayant sous les yeux les modèles d'écriture de *Tous les chirurgiens de Paris*, nous leur avons comparé le manuscrit reçu. Nous pouvons déclarer ici qu'un *médecin* seul doit être incriminé. — Il est décidément très drôle d'exercer la noble profession de *détective scientifique amateur*. M. B.

Necrologie. — M. le Dr Chalamet (de Loriol). — M. le Dr Lefèvre (de Zembrah). — M. le Dr Vaguet (de Fagnon). — M. le Dr Triphon Keskineff, étudiant en médecine de la Faculté de Nancy.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de technique des autopsies.

Par MM. Bourneville et Bricon. Librairie du *Progrès médical*. — Prix: broché, 2 fr. 50. Pour nos abonnés, 2 fr. ; relié, 3 fr. et 2 fr. 50

« MM. Bourneville et Bricon ont eu l'excellente idée de publier un *Manuel de technique des autopsies*, clair, concis, bien fait, renfermant tout ce qui est nécessaire pour guider un étudiant, un externe ou interne, ou un médecin des hôpitaux, dans la pratique des nécropsies. C'est un vade-mecum indispensable de la salle d'autopsie, car, là, rien ne doit être laissé à l'imagination. . . . .

« Le manuel de MM. Bourneville et Bricon vient donc bien à son heure; il est de la plus grande utilité pour tous ceux qui veulent apprendre la technique des autopsies. Il suit presque partout les indications formulées par Wirchow; mais, chemin faisant, il indique aussi quelques-uns des procédés de l'Ecole de Vienne et, à propos du cerveau, il donne les méthodes de section de M. Pitres. » (*Journ. des Connaissances méd.*).

V. Cornil.

Le Rédacteur-Gérant: Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCCr), RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IV. N° 44. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 31 OCTOBRE 1896

Le Progrès Médical

CLINIQUE MEDICALE

Aphasie de la main droite chez un sourd-muet;

par J. GRASSET, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Charcot a appelé l'agraphie l' « aphasie de la main ». L'expression est juste, en ce qu'elle fait image et résume une analogie entre le langage par la parole et le langage par l'écriture. Mais elle n'a que la justesse rapprochée d'une comparaison. Au fond, elle n'est pas exacte.

La vraie, la seule « aphasie de la main » est celle du sourd-muet qui, n'ayant pas appris à parler, perd la faculté de parler avec sa main droite.

Les observations de cette aphasie de la main proprement dite sont, je crois, fort rares, et elles le deviendront de plus en plus, parce que les sourds-muets intelligents, n'ayant pas appris à parler, deviennent de plus en plus la minorité, on peut même dire l'exception.

Or, il faut que le hasard réunisse trois conditions nécessaires pour que cette aphasie s'observe nettement : 1° il faut trouver un sourd-muet intelligent, qui n'ait pas appris à parler ; 2° il faut que ce sourd-muet devienne aphasique; 3° il faut que sa paralysie du bras droit soit assez incomplète pour ne pas expliquer à elle seule l'impuissance où est le sujet de parler avec sa main droite le langage habituel des sourds-muets.

Ces trois conditions, dont la réunion est nécessairement rare, se rencontraient chez un malade que je viens d'observer et dont le cas mérite, à ce titre, d'être signalé.

Le sujet, âgé de 50 ans, est un arthritique avec tous les signes d'une artériosclérose générale. Il présente, depuis deux ans, les symptômes d'un ramollissement cérébral, à marche progressive, sans ictus initial, par thrombose de certaines branches de la sylvienne gauche.

Il n'a pas d'aphasie sensorielle, c'est-à-dire pas de cécité verbale; car il n'est pas question de l'ouïe, qui est congénitalement nulle dans tous ses modes. Il lit son journal et comprend les questions qu'on lui pose dans le langage des sourds-muets. Quand on lui demande, de cette manière, de désigner sur une page tel ou tel mot, telle ou telle lettre, il la montre fort bien et très exactement.

On peut juger ainsi de son intelligence. Les facultés intellectuelles ont évidemment diminué d'après ce que dit son entourage. Très intelligent autrefois, il ne pourrait plus diriger ses affaires, comme il le faisait auparavant; sa mémoire notamment et sa vivacité de compréhension ont évidemment diminué. Mais, malgré tout, il lui reste encore une intelligence très suffisante pour comprendre ce qu'il lit ou ce qu'on lui dit avec les doigts. Seulement, lorsqu'il veut répondre par le même procédé, il essaie vainement de répondre avec la main droite, mais répond très bien avec sa main gauche.

Quoique fort instruit, il n'a jamais voulu apprendre à parler, parce qu'on ne lui a offert ce mode d'éducation que quand il avait déjà un certain âge. Mais il parlait, paraît-il, avec sa main droite, avec une extrême volubilité, ne se servant comme la plupart des sourds-muets de la main gauche que pour compléter le jeu de la main droite Aujourd'hui tout cela est changé.

Si on lui dit de réciter avec sa main droite l'alphabet des sourds-muets, il commence, essaie, fait péniblement l'A, plus péniblement le B, essaie vainement le C et y renonce, impatienté. Alors avec sa main gauche, il dessine tout l'alphabet avec autant de vitesse que d'exactitude.

De même, si on lui montre des lettres et qu'on le prie de les lire tout haut, il essaie inutilement de le faire avec sa main droite, mais puis le fait correctement avec sa main gauche.

Il est donc bien réellement aphasique de la main droite, dans la vraie et seule acception du mot. En même temps il est agraphique. Autrefois, il écrivait, paraît-il, fort bien. Aujourd'hui il ne peut plus. Il ne veut même plus essayer, convaincu qu'il est de son impuissance qui l'humilie et l'impatiente. Et les deux impotences ne sont pas justifiées par la paralysie du bras droit.

Le bras droit est cependant paralysé ; il ne s'en sert pas comme autrefois. Ce bras présente surtout une curieuse incoordination de mouvements, qui s'exagère quand les yeux sont fermés et que l'on observe assez souvent dans les paralysies d'origine corticale. Cette ataxie de certains corticaux, comme les attitudes cataleptiformes de certains autres dépendent de la perte des sensations kinesthésiques qui jouent un grand rôle dans la coordination de nos mouvements normaux. C'est un groupe très curieux de symptômes corticaux dont l'étude n'a rien à faire avec notre sujet actuel.

Notre malade a donc une parésie du bras droit. Mais cette parésie est loin de rendre impossibles les mouvements nécessaires pour écrire ou pour réciter l'alphabet des sourds-muets : il serre la main, sert à boire, mange avec sa main droite, la porte sur la tête, etc.

Il y a, en somme, pour la motilité du membre supérieur droit ce qu'il y a pour l'intelligence. L'une et l'autre sont notablement diminuées, inférieures à la normale ; mais ni l'une ni l'autre fonction n'est assez complètement abolie pour expliquer l'impossibilité pour le sujet de s'exprimer avec la main, soit par l'écriture soit pour les signes conventionnels des sourds-muets.

Les mouvements de la main droite sont difficiles et diminués ; le langage par la main droite est aboli. Donc, notre homme a une aphasie de la main droite avec agraphie sans cécité verbale.

On peut donc conclure que chez le sourd-muet il se développe, dans son écorce cérébrale, un centre du langage par la main distinct du centre du membre supérieur, puisque la fonction de ces deux centres paraît indépendante et peut être artificiellement dissociée par la maladie. Ce centre du langage par la main se rapproche beaucoup au point de vue physiologique, du centre de l'écriture. S'en rapproche-t-il aussi au point de vue anatomique et devons-nous le placer sur le pied de la deuxième frontale plutôt que sur le pied de la troisième frontale ? Notre cas le fait supposer ; mais ne le prouve pas.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Congrès français de Chirurgie.

Assemblée générale.

L'Assemblée générale de l'Association française de Chirurgie a eu lieu le vendredi 23 septembre, à 2 heures, dans le grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine. La réunion a été fort calme cette année.

M. A. Broca, trésorier, a lu son rapport financier et a fait ressortir le bon état du... trésor de l'Association, qui possède déjà un capital de 24.000 francs, grâce à des dons généreux. Il a été approuvé, après quelques remarques, sans le moindre intérêt d'ailleurs, de MM. Delbet et Hartmann.

Les questions à l'ordre du jour pour le prochain Congrès, choisies par le Conseil d'Administration, seront : 1° *Contusions de l'abdomen*. Rapporteur, M. le Pr Demons (de Bordeaux) ; 2° *Rétrécissements du rectum*. Rapporteur, M. Quénu.

M. le Pr Gross (de Nancy), vice-président pour 1896, a été élu par acclamation, président pour 1897. L'élection du vice-président pour 1897 a été plus émouvante. Deux candidats se trouvaient en présence. L'un des candidats, M. le Pr Le Dentu, qui avait déjà échoué contre M. le Pr Terrier, a été élu avec une majorité de quelques voix seulement contre son concurrent, M. le Dr J. Lucas-Championnière, l'introducteur de l'antisepsie en France (1). Il est, de notre devoir, à nous journalistes, de constater une fois de plus que le réel mérite doit toujours, en France, s'incliner devant les galons dont le pouvoir central honore nos grands hommes. On passe Président — voilà qui est bien entendu — à l'ancienneté ! Il suffit d'être prévenu.

Banquet.

Le Banquet du Congrès français de Chirurgie a eu lieu jeudi dernier à l'Hôtel Continental. Une centaine de convives y assistait. La réunion a paru légèrement triste, l'élément jeune faisant naturellement un peu défaut, en dehors des représentants de la presse, gracieusement invités.

M. le président Félix Terrier, au dessert, a prononcé un toast plein de courage et d'indépendance, qui lui fait grand honneur. M. Terrier, qui est ou du moins peut être candidat encore dans une illustre enceinte, n'a pas craint, malgré cela, de dire hautement, avec la franchise qui le caractérise, ce qu'il a toujours pensé. La Chirurgie Française, enchaînée jusque-là dans les liens étroits d'un stupide et infécond mandarinat, doit lui en être profondément reconnaissante.

Voici d'ailleurs le texte de ce discours.

Messieurs,

Permettez-moi de porter un toast à nos confrères étrangers qui ont bien voulu assister et prendre part à nos réunions. Parmi eux, se trouvent d'anciens élèves de notre Faculté ; reconnaissants, ils apportent à la France le fruit de leurs travaux, les résultats de leurs recherches. Nous les remercions vivement de leur si précieux concours. D'autres — dont quelques-uns délégués officiels — viennent affirmer ici la profonde sympathie qui existe entre leur pays et le nôtre ; nous ne saurions trop les remercier et remercier les gouvernements qui les envoient. Enfin, Messieurs, c'est avec une profonde émotion que je bois à nos fidèles, habitants le pays « auquel on pense toujours, sans en parler. »

Je porte un toast, Messieurs, à nos collègues de la province, qui n'ont pas craint d'abandonner leurs occupations professionnelles ou professorales, pour venir augmenter l'éclat de nos réunions. C'est que, Messieurs, depuis la fondation de notre Congrès, de nombreux centres chirurgicaux se sont créés dans notre pays. Et cela non seulement dans nos Facultés provinciales, mais aussi dans les centres pourvus d'Ecoles secondaires et même dans les villes où il n'existe aucun enseignement officiel. L'un des premiers, je me suis réjoui de cette rapide décentralisation, qui, je dois le dire, a quelque peu étonné quelques collègues de la capitale, et qui, en fait, a parfaitement réussi. Elle a nécessité, de la part de nos collègues de province, un esprit d'initiative que j'aime à rencontrer encore dans notre race. C'est que, étant donné la centralisation à outrance dans notre pays, faire quoique ce soit, c'est lutter et surtout lutter contre le pouvoir central qui, le plus souvent, se manifeste par la négation de toute tendance au progrès. Le pouvoir législatif, les assemblées départementales, mieux encore les assemblées communales, sont d'ordinaire plus faciles à convaincre ; et, parmi elles, il s'en trouve de suffisamment éclairées pour comprendre nos nombreux desiderata et chercher à y faire droit.

Quelques-uns d'entre vous, Messieurs, plus hardis, plus sûrs d'eux-mêmes, ont pu se passer du concours de tout pouvoir, central ou périphérique ; je les en félicite. Enfin, d'autres ont eu la chance exceptionnelle en France, si fréquente dans les pays anglo-saxons, d'avoir à leur disposition des moyens d'action fournis par des millionnaires. Ce sont peut-être les plus heureux de tous. Quoi qu'il en soit, Messieurs, partout il vous a fallu modifier, améliorer ce que vous avez trouvé, ou bien organiser et créer ce qui est encore mieux. Messieurs, je bois au succès de vos efforts, à la prospérité de vos créations.

Je termine en buvant à mes collègues parisiens qui, eux aussi, ont souvent à se défendre contre les prétentions administratives, soi-disant bien intentionnées, mais dont les bonnes intentions sont comparables à celles qui, dit-on, pavent l'Enfer.

M. le Pr Ollier (de Lyon) a répondu au nom des chirurgiens de province, après que M. Levchine, délégué russe, eut porté un toast au nom des étrangers. M. J. Bœckel (de Strasbourg) a pris ensuite la parole et M. le Pr Jonnesco (de Bukarest) a levé son verre en les termes suivants, pour remercier les Français de la cordiale hospitalité qu'ils offrent toujours aux étudiants de race latine.

Messieurs,

« Délégué pour la deuxième fois par le Gouvernement roumain pour le représenter au Congrès de Chirurgie français, c'est avec un grand plaisir que je viens remplir le devoir, qui, pour moi, est en même temps un grand honneur, de vous remercier en son nom et au mien, de l'accueil sympathique que vous avez bien voulu faire à son représentant. Je tiens à vous rappeler, messieurs, comme j'ai déjà eu l'occasion de le faire, combien la Roumanie s'empare de toutes les occasions qui lui sont offertes pour montrer, en même temps que sa reconnaissance, la haute estime en laquelle elle tient la science française. Vous savez, d'ailleurs, que de nombreuses générations d'étudiants roumains sont venus puiser à la source intarissable, que la France leur a largement ouverte. Les sentiments de reconnaissance que je viens de vous rappeler ne sont pas seulement les miens, que vous connaissez suffisamment, mais aussi ceux de tous mes confrères de Roumanie, car tout ce que nous savons de vous et tout ce que nous saurons, nous le devons et nous le devrons à la France. Je lève, messieurs, ce verre en l'honneur de la Science Française et je bois à la santé du Président de ce Congrès, à mes maîtres, à mes collègues, à mes amis. »

Le banquet s'est terminé par de longues causeries au fumoir. F.

(1) Les secrétaires anciens ont été réélus par acclamation.

AVIS A NOS LECTEURS

Le **NUMÉRO DES ÉTUDIANTS** *devant paraître le 7 Novembre, nous prions instamment ceux de nos lecteurs qui auraient des renseignements à y faire insérer, de nous les faire envoyer le 3 Novembre au plus tard.*

Une Chaire d'Orthopédie. — Le massage et l'orthopédie viennent de prendre place dans la science. M. le Dr Zablondosky ancien médecin militaire russe, ancien assistant du Pr Bergmann, établi depuis quelques années à Berlin, est nommé professeur de massage et d'orthopédie à l'Université de cette ville. La *National Zeitung*, à laquelle nous empruntons cette information, insiste avec raison sur ce fait unique en Europe de la création d'une chaire de massage. (*Journal des Conn. médicales*, 15 oct. 1896).

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

X[e] Session de Paris (19-26 *Octobre* 1896).

Séance du 19 *Octobre* (soir) (suite).— Présidence de M. Terrier.

M. Poncet (de Lyon). — *De l'actinomycose et des mycoses cervicales* (pseudo-actinomycoses). — M. Poncet relate trois observations de malades atteints de phlegmons subaigus de la région cervico-faciale qui avaient tous les caractères cliniques de lésions actinomycosiques. L'examen du pus et les cultures ont montrés qu'il s'agissait en réalité de pseudo-actinomycose. Le tableau suivant établi par M. Dor résume des différences constatées :

Actinomycoses.	Pseudo-actinomycoses.
Aspect dans le pus.	
Grains atteignant au maximum les dimensions d'un grain de mil ; mais dans ce cas il s'agit toujours de plusieurs actinomycès très nombreux.	Grains dépassant souvent les dimensions d'un grain de mil et de structure homogène Dans le pus on n'en trouve que 3 ou 4 par centimètre cube.
Consistance.	
Le poids d'une lamelle de verre couvre-objet n'écrase les grains que partiellement.	Le poids d'une lamelle écrase complètement les grains.
Examen microscopique.	
Mycélium central enchevêtré et rayonné, à filaments dichotomisés, très nombreux à la périphérie. Spores terminales contenues dans des massues. Les spores se colorent aussi bien que le mycélium mais les massues, ne se colorent que par des réactifs spéciaux.	Mycélium plus enchevêtrés moins rayonnés, filaments plus longs, plus gros. Dichotomie plus rare. Spores non contenue dans des massues. Les spores se colorent aussi bien que les massues. On croit avoir affaire au Leptotrix.
Cultures	
Ces premières cultures poussent mal en présence de l'air et assez bien dans des œufs ou dans le vide. On obtient plus tard des cultures aérobies sur sérum ou agar. Le bouillon n'est jamais troublé.	Les cultures dans le bouillon sont fertiles d'emblée. En 24 h. il se développe une culture abondante sur sérum. L'aspect microscopique est celui de bacilles ressemblant à ceux de la diphtérie et on ne voit plus ni grains ni longs filaments.

Ce champignon a été trouvé déjà par Israël, Chiari, Jacobson, Mosetig-Moorhof, Sabrazès et Rivière. Zudge l'a rencontré dans les amygdales. Le cas de phlegmon ligneux du cou décrit par Reclus pourrait être dû à ce champignon et non au bacille diphtéritique. Le traitement est le même que celui de l'actinomycose vraie. Quant à l'iodure de potassium, ses effets ont été très exagérés. Il n'a produit aucun résultat chez des malades qui en avaient absorbé de 300 à 400 grammes.

Séance du Mardi 20 *Octobre* (soir).—Présidence de M. Terrier

Rapport sur la première question mise à l'ordre du jour.

M. Forgue (de Montpellier). — *Thérapeutique chirurgicale des pieds bots. — Etat actuel de la question.* — Le chapitre thérapeutique des pieds bots est un de ceux où se sont montrées, avec le plus de netteté, les tendances de la chirurgie moderne, basant ses plus sûres indications sur une anatomie et une pathogénie exactes, sachant user méthodiquement et porter à leur plus complet effet les moyens conservateurs, mais d'autre part, grâce à l'asepsie, à la précision des règles opératoires et à la connaissance des résultats éloignés, n'hésitant pas à supprimer à ciel ouvert toutes les résistances fibreuses et à tailler largement, jusqu'à correction totale, dans le squelette du pied atteint de déformations irréductibles.

Toute l'évolution actuelle de la question tient en ce triple progrès. L'étude anatomique qui lui sert de fondement indispensable n'est certes point nouvelle : la vieille description de Scarpa (1) mérite encore qu'on la consulte; les travaux de Bouvier (1) et d'Adams (2), constituent des documents de premier ordre, auxquels il est profitable de revenir comme à des sources d'observation précise et originale ; les thèses de Thorens (3) et de Schwartz (4) sont d'excellentes monographies; et il faut grouper ensemble quelques hommes qui ont contribué à compléter notre connaissance des déformations osseuses du pied bot : Kocher (5), Parker (6) et Shattock, Scudder (7), Besselhagen (8), Lorenz (9) à l'étranger ; chez nous, Ch. Nélaton (10), Kirmisson (11), Rochard, Gross (12), Adam (13), Farabeuf (14), dont l'étude récente est pleine d'enseignements pour le chirurgien. Parmi les chapitres d'anatomie et de physiologie articulaires qu'ont éclairés la vision nette et très personnelle, le scrupule du détail, la démonstration attachante et imagée de ce Maître, celui-ci peut compter comme le plus neuf et le plus intéressant.

Déplacements osseux d'abord; déformations ensuite : voilà comment il est prouvé maintenant que le pied bot évolue; et cela ne fait que confirmer les vues émises par Scarpa dès le commencement de ce siècle. C'est un ensemble de subluxations, d'autant plus difficilement réductibles qu'elles ont eu le temps de se déformer davantage et les rétractions fibreuses de s'accentuer. Or, malgré la sécurité que nous a apportée l'antisepsie, nous continuons à admettre l'emploi de la force pour réduire les os luxés. Il est donc logique d'en faire l'application aux déplacements du pied bot, soit par le redressement manuel, soit avec le secours des machines. Dès 1860, Delore (15) a établi, par son exemple, ses publications et celles de ses élèves, l'innocuité et l'efficacité du massage forcé; et c'est, au dire de Delore lui-même, Vincent (16) qui « a poussé la force jusqu'à ses limites extrêmes pour le redressement des pieds bots ».

En France, Delore a fait école et nous nous rangeons parmi ses imitateurs. Redard (17), figure au premier rang parmi ceux qui ont su obtenir du redressement manuel ses meilleurs effets. Chez les Allemands, qui nous ont devancés dans la voie des opérations osseuses pour pieds bots, un mouvement intéressant s'est récemment accusé, en faveur de cette thérapeutique conservatrice. Avec des procédés mécaniques différents

(1) Scarpa. — *Mémoire sur le pied bot congénital des enfants*, 1818.

(1) Bouvier. — *Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur*, 1858.

(2) Adams — *Club foot*. Londres, 1873.

(3) Thorens. — *Documents pour servir à l'histoire du pied bot varus*. Thèse de Paris, 1873.

(4) Schwartz — *Des différentes espèces de pieds bots et de leur traitement*. Thèse d'agrégation, Paris, 1883.

(5) Kocher. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd IX, Heft 3 et 4.

(6) Parker. — *Congenital Club foot ; its Nature and Treatment*. Londres, 1887.

(7) Scudder. — Cong. talipes eq. var., *Boston med. and Surg. journal.*

(8) Besselhagen. — Ueber die Pathologie des Klumpfusses, *Centralblatt für Chirurgie*, 1885, p. 99.

(9) Lorenz. — Beitrage zur unblut und blutigen Therapie des Klumpfusses. *Allg. Wien. Med Zeitemp*, n° 11 et 14, 1887.

(10) Nélaton. — Contribution à l'étude du pied bot invétéré. *Archives générales de médecine*, avril 1890.

(11) Kirmisson et Charpentier. – L'obliquité du col de l'astragale dans le pied bot varus équin congénital : son mode de mensuration, *Revue d'Orthopédie*, 1895, p 291.

(12) Gross.— *Les pieds bots*, Leçons de clinique chir. professées à l'hôpital Saint-Léon, Nancy, 1878, p. 57. — De l'extirpation de l'astragale dans les pieds bots varus anciens, *Mém. de la Soc. de Méd de Nancy*, 1883-1884, p. 76. — De la tarsectomie postérieure dans les pieds bots varus anciens. Ext. des *Mém. du Cong. de chirurgie*, 1885. — De la tarsectomie postérieure dans les pieds bots anciens. Extr. du *Congr. de Chir.*, 1887.

(13) Adam. — *De la tarsectomie dans les pieds bots varus équins congénitaux*. Thèse de Nancy, 1890.

(14) Farabeuf. — Intervention dans les pieds bots, *Précis de médecine opératoire*, 3[e] édit., p. 816-858, 1895.

(15) Delore. — Du traitement du pied bot varus équin, *Bulletin de thérapeutique*, 1862. *Société de Chirurgie*, 1885. *Revue d'orthopédie*, 1893. p. 122 et 161.

(16) Vincent. – Traitement des pieds bots varus équins congénitaux difficiles, *Archives provinciales de Chirurgie*, 1893.

(17) Redard. — Traitement du pied bot congénital chez le nouveau-né et les jeunes enfants, *Presse médicale*, 13 juin 1896.

ils s'accordent au même traitement orthopédique. C'est, avant tous, Julius Wolff (1) qui, a démontré la valeur du replacement statique réel et le stimulant trophique de la fonction restaurée. Hoffa considère le traitement du pied bot congénital comme l'application la plus favorable du traitement orthopédique. Kœnig ne pratique qu'exceptionnellement l'astragalectomie et revient à la rectification manuelle en trois ou quatre séances. Lorenz (2) (de Vienne) méthodise le redressement forcé, décompose ses efforts suivant les éléments de la difformité, perfectionne l'instrumentation et montre les bons effets de ce qu'il nomme le « redressement modelant ». Des publications secondaires témoignent de la vogue générale de ces méthodes conservatrices. Ernst Graser (3) publie les résultats obtenus par Heinecke au moyen du simple redressement orthopédique; Krauss (4) s'appuie sur la pratique de Czerny à Heidelberg; von Büngner (5), enfin, nous montre que, depuis 1882, Volkmann a abandonné, dans le pied bot congénital, l'extirpation de l'astragale et l'ostéotomie cunéiforme.

Par contre, dans les cas graves et invétérés, dans les formes irréductibles, la médecine opératoire a pris ici, grâce à l'antisepsie, un champ d'action large et sûr. Elle a abandonné à peu près les procédés sous-cutanés : seul le tendon d'Achille se sectionne encore sous la peau, et encore bien des chirurgiens, dont nous sommes, reprenant la vieille opération conseillée par Thilenius en 1784, le tranchent à ciel ouvert dès qu'ils en voient l'indication; mais pour les autres tendons, et pour les résistances musculaires ou fibreuses de la plante, leur incision aseptique est devenue la règle, depuis que Phelps nous a appris à sectionner au plein jour les parties molles du bord plantaire interne et que Kirmisson a amélioré le procédé en systématisant la large arthrotomie médio-tarsienne. — De même, comme dit Championnière, « la chirurgie antiseptique a permis d'aborder avec confiance et sécurité la déformation osseuse ». L'ablation de la presque totalité des os du tarse peut se faire avec des suites d'une absolue simplicité, donner un redressement parfait et rapide, garder au pied ses qualités de résistance, lui conserver une forme satisfaisante et, grâce à la promptitude de la réparation, permettre des mouvements hâtifs nécessaires au bon rétablissement de la fonction. — Atteindre d'emblée la correction maxima, et même la position d'hypercorrection : voilà le résultat auquel doit aboutir l'intervention opératoire, quand elle est nécessaire.

Cette étude vise les pieds bots congénitaux et parmi eux, le varus équin qui est l'espèce clinique dominante.

Nous avons pris beaucoup de temps et de soins pour être bref, malgré l'abondante bibliographie du sujet, et pour demeurer clair, malgré les difficultés d'une démonstration qui ne peut être suivie que pièces anatomiques en mains.

I. Importance et raisons d'un traitement précoce. — Une règle est dominante : c'est la précocité du traitement. Avec Stromeyer, L.-A. Sayre, Little, Wolff, Kocher, König, Redard, nous conseillons la cure hâtive du pied bot. Sayre a tellement hâte de commencer le traitement qu'il écrit en ses leçons de chirurgie orthopédique : « Je reconnais parfaitement au médecin présent à l'accouchement le droit de songer d'abord à la délivrance et de s'occuper de la bonne installation de son accouchée; mais, cela terminé, il doit aussitôt s'occuper de la difformité du pied et en commencer le traitement avant de sortir de la maison. » C'est formuler avec humour la nécessité d'un traitement précoce : Czerny l'entreprend vers la deuxième ou troisième semaine. Chez les enfants vigoureux, nous l'avons souvent commencé dès le premier mois. L'enfant ne subit ainsi aucun retard dans ses premiers essais de marche : la plante aura repris à ce moment ses appuis normaux et la longue période de convalescence se sera achevée avant que l'enfant ne mette pied à terre.

1° *Chez le jeune enfant, la malformation osseuse n'est point initiale et reste corrigible.* — A ce point fondamental de thérapeutique se rattache une question de pathogénie et d'anatomie. Le squelette du pied bot est-il frappé, dès la vie intra-utérine, d'une malformation initiale, causale, ou simplement placé en une position vicieuse, source de déformations secondaires? Dans la première hypothèse, la réduction manuelle est exposée à rencontrer même chez le nouveau-né, des difficultés insurmontables : d'où l'indication de tarsectomies précoces. Dans le second cas, il devient possible de rectifier des os qui, par leur anomalie de position, sont exposés à se défigurer par pression réciproque et anormale, et il est indiqué de le faire aussi précocement que possible.

Or, Farabeuf a montré l'erreur de l'hypothèse classique du « caprice morphologique de l'ossification », de la malformation primitive et pathogène. — Il est manifeste que sur l'astragale, comme l'avait formulé Parker, les déformations squelettiques sont la conséquence et non la cause de la déviation. Il est cependant un trait caractéristique des déformations de l'astragale dans le varus équin qui mérite discussion : c'est l'obliquité exagérée de la tête et du col, par rapport au corps de l'os, qu'Adams a signalée chez le nouveau-né et qu'ont mesurée Parker et Shattock, Scudder, Kirmisson et Charpentier.

Mais s'agit-il là vraiment d'une modification anatomique congénitale assez constante, pour créer de bonne heure des obstacles à la réduction? Nous ne le pensons pas. Chez le fœtus à terme, comme l'a montré Parker, l'astragale présente à l'état normal un col oblique sur le corps; c'est probablement là une des causes prédisposantes de sa déviation pathologique. En se rapportant à ce type normal, on voit que cette fameuse torsion du col astragalien ne le dépasse point, en général, d'une quantité considérable, excepté dans quelques cas qui vraisemblablement répondent à ceux chez lesquels, à égalité d'âge, parfois même à égalité de déviation apparente, la réduction se heurte à des résistances très difficiles à surmonter.

Mais cette mauvaise configuration originelle du massif tarsien, de l'astragale surtout, est l'exception. Il semble que l'astragale ait incliné sa tête en dedans, allongeant le col en dehors, apparence trompeuse, nous dit Farabeuf. La face interne du col de l'astragale a été envahie par la tubérosité du scaphoïde amené par les forces puissantes agissant sur l'avant-pied; la surface articulaire de la tête de l'astragale a dû s'étendre sous le frottement du scaphoïde, se modeler peu à peu et devenir interne d'antérieure qu'elle était. Mais cette tête continue à regarder en avant par sa facette articulaire primitive qu'a mise à découvert la subluxation du scaphoïde et l'on peut voir la capsule astragalo-scaphoïdienne contenir encore la partie frontale abandonnée de cette tête.

Une autre démonstration ingénieuse et de portée thérapeutique intéressante a été fournie par Farabeuf. Le noyau osseux peut pousser droit dans un cartilage déformé. Et cette forme normale du noyau central peut se maintenir en dépit d'une coudure très apparente de l'enveloppe cartilagineuse.

Chez le nouveau-né, chez le jeune enfant, les déformations squelettiques sont généralement corrigibles. Le processus d'ossification n'est point frappé d'un trouble primitif, d'un vice de développement : aux points de pression, les cartilages s'aplatissent et cessent de croître; aux points décomprimés, ils poussent librement. Tant que les noyaux osseux, en voie de croissance, n'ont point affleuré de trop près les surfaces où s'exercent les pressions anormales, tant qu'ils sont enveloppés d'une coque cartilagineuse de suffisante épaisseur, ils gardent leur rectitude.

Devancer ces déformations, c'est évidemment la première conclusion thérapeutique qui s'en déduit; et la rupture des résistances (parties molles rétractées) sera d'autant plus aisée qu'elle sera plus précoce.

2° *Importance d'une contention prolongée.* — Une deuxième indication s'en dégage: la contention. Il est nécessaire, sous peine de récidive, de mettre les parties molles, dont le pouvoir déformateur est considérable, hors d'état de recommencer; il faut donner aux ligaments et aux tendons le temps de reprendre leur tension normale, leur longueur, leur équi-

(1) Julius Wolff. — Weitere Mittheilungen über die Behandlung des Klumpfusses, *Arch. für klin. Chir.*, 1886, t. XXXIII.
(2) Lorenz. — Heilung des Klumpfusses durch das modellirende Redressement. *Wiener Klinik.* Wien, 1895.
(3) Ernst Graser. — Ueber Klumpfuss Behandlung, *Archiv. für klin. Chir.* 1888, t. XXXVII, p. 827.
(4) Krauss. — Die Therapie des Klumpfusses, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1888, t. XXVIII, p. 317.
(5) Von Bungner. — Ueber die Behandlung des Klumpfusses, *Centralblatt für Chirurgie* 1889, p. 409.

Publications du PROGRÈS MÉDICAL

BIBLIOTHÈQUE D'ÉDUCATION SPECIALE, publiée sous la direction du Dr BOURNEVILLE. Collection d'ouvrages pour l'enseignement, le traitement et l'éducation des enfants anormaux.

I. — *Recueil de mémoires, notes et observations sur l'idiotie*, tome I (1772-1840) ; par BOURNEVILLE. Un beau volume in-8 de 420 pages, avec 4 planches.— Prix : 7 fr. Pour nos abonnés. 5 fr

II. — *Rapports et mémoires sur le Sauvage de l'Aveyron, l'idiotie et la surdité*; par ITARD Avec une appréciation de ces rapports par Delasiauve. Eloge d'Itard par Bousquet. Préface par Bourneville. Un beau volume de 200 pages avec le portrait du Sauvage. — Prix : 4 fr. Pour nos abonnés . . . . 2 fr. 75

III. — *Rapport et mémoires sur l'éducation des Enfants normaux et anormaux*; par E. SÉGUIN. Préface par Bourneville. Volume in-8 de XLXIII-380 p. — Prix : 5 fr. Pour nos abonnés 3 fr. 50

IV — *Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et arriérés* ; rapport fait au Congrès national d'assistance publique (session de Lyon, juin 1894) par BOURNEVILLE Volume in-8 de 246 pages, avec 28 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50

BRODIE (B.). **Leçons sur les affections nerveuses locales**, traduites de l'anglais par le Dr Douglas Aigre. — Volume in-8 de 62 pages.—Prix : 1 fr. 50. Pour nos abonnés . . . . . . 1 fr.

BARATOUX. — **Du cancer du larynx**. Brochure in-8 de 59 pages, avec deux tableaux.—Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

libre. D'autre part, ce que quelques mois de pression irrégulière ont produit sur le squelette, comme déformation, il faudra des mois de position corrigée et patiemment maintenue pour le rectifier, pour le façonner à nouveau suivant le modèle normal.

Sans doute, si l'on considère les délais de l'ossification du pied, il semble qu'on ait du temps devant soi pour obtenir ce résultat; mais dès l'âge de trois ans, on peut trouver — ainsi qu'en témoigne une figure de Farabeuf, des noyaux osseux déjà déformés. Les recherches de Quetelet, de Langer, de J. Wolff ont établi que le pied s'accroît très rapidement dès les premiers mois de la vie, et c'est à ce moment surtout, où le petit pied de l'enfant s'allonge, et commence à perdre de sa mobilité première que s'exerce avec le meilleur résultat la rectification par les moyens orthopédiques.

L'indication est d'autant plus formelle qu'au delà de la première année, l'enfant va commencer à marcher et que les déformations vont s'en trouver très accrues. L'organe devient de moins en moins apte à la marche plantaire; les muscles producteurs du déplacement sont portés graduellement en une position d'action prépondérante pendant que les antagonistes prennent une direction défavorable. Et cette malléabilité du squelette de la première enfance, devient, au contraire, le plus redoutable facteur d'aggravation du mal.

Julius Wolff a parlé avec raison de l'influence modelante de la position et des manipulations. Mais dans son introduction à l' « Orthomorphie », livre méconnu, mais empreint d'originalité clinique, Delpech, de Montpellier, en avait clairement formulé le rôle. Au surplus ne voyons-nous point à quel état pathologique un bandage peut amener un pied normal de Chinoise?

II. Des conditions de la correction : ses principes rationnels. — Pour être efficaces, les manœuvres de réduction doivent être rationnelles, elles doivent se fonder sur les trois considérations suivantes : 1° l'analyse des éléments dont se compose la difformité totale du pied bot; 2° la détermination du siège et du mode de ces déviations élémentaires ; 3° l'exacte notion des résistances multiples — ligamenteuses, tendineuses et osseuses — qui, d'une part, fixent ces positions vicieuses et, d'autre part, font obstacle au maintien de la correction.

1° *Élément de la déformation du varus équin.* — Décomposons les éléments de la déformation du varus équin, *l'équinisme :* est produit par l'extension forcée dans l'article tibio-tarsien. A ce déplacement s'ajoute, comme déviation homologue, l'incurvation des faces — qui tend à creuser la plante et à surélever le dos du pied, le *varus.* C'est une déviation complexe où se combinent : 1° l'adduction du pied portant la pointe en dedans; 2° l'incurvation des bords — l'externe devenant convexe et l'interne concave; 3° la supination de Rupprecht, la volutation de Delpech, c'est-à-dire la torsion du pied autour de son axe antéro-postérieur, relevant le bord interne et abaissant le bord externe.

2° *Localisation anatomique de ces éléments.* — L'équin est le fait de l'articulation tibio-tarsienne; le varus des médio-tarsiennes.

D'abord, à l'extension tibio-tarsienne, qui porte l'arrière-pied presque dans le prolongement de la jambe, se combine la flexion de la plante, au niveau de la médiotarsienne comme charnière, qui, ployant l'avant-tarse sur le tarse postérieur, cambre le dos du pied et entre pour une part plus considérable qu'on ne suppose dans l'attitude équine.

L'adduction du varus est complexe. Comment la *supination,* la *volutation* de la plante s'ajoute normalement à l'adduction, c'est là un point anatomique de notion indispensable à qui veut redresser un varus. Soit un pied d'enfant, souple et mobile. Il est facile de le porter en un varus physiologique de 90°. Analysons les mouvements composants. Une partie du déplacement — près de 30° suivant Farabeuf — est constituée par une adduction pure et simple du pied de la jambe : elle s'est produite dans la jointure tibio-tarsienne, grâce au jeu, possible chez l'enfant seulement, de l'astragale entre les malléoles et à son pivotement sur un axe longitudinal prolongeant la direction de la jambe. — Puis intervient la flexion oblique de la jointure médio-tarsienne : elle ne compte guère que pour 15 à 20° d'adduction. — Pour compléter la flexion-adduction à angle droit, pour gagner les 40° ou 45° restants, il faut que le calcanéum évolue sous l'astragale, il ne peut marcher en avant qu'en s'abaissant, obligé de faire glisser, sous le plan incliné et immobile de la surface astragalienne, le plan incliné qui le surmonte « Or, nous dit Farabeuf, la brièveté de la partie interne du ligament interosseux n'a rien ou presque rien permis de ce côté : aussi le calcanéum n'a-t-il pu faire avancer sa face externe qu'en pivotant comme un bateau qui vire tête en dedans, ni l'abaisser, cette face, qu'en l'inclinant comme le flanc d'un bateau qui roule. »

Au total, l'adduction physiologique — et, partant, le varus qui en est l'expression pathologique — se passe, par trois parts inégales, dans trois jointures : 1° rotation interne, autour d'un axe longitudinal, dans l'article tibio-tarsien ; 2° flexion-adduction dans l'interligne médio-tarsien ; 3° enfin dans l'articulation sous-astragalienne, bascule du calcanéum. Donc les manœuvres de réduction doivent se conformer à ce triple déplacement : 1° redresser et refouler le calcanéum en portant en dehors son apophyse cuboïdienne, et en le faisant reculer sous le plan incliné astragalien; 2° défléchir l'article médiotarsien. Ces manœuvres ont pour résultat de supprimer la supination du pied, cette torsion qui enroule la plante et la creuse d'un sillon longitudinal, bien connu des chirurgiens.

3° *Résistances s'opposant à la réduction ou à son maintien.* — Elles sont de deux ordres : elles viennent des parties molles ou elles résultent de déformations squelettiques. Celles-ci ont d'autant plus d'importance que l'intervention est plus tardive. Dans les premiers temps de la vie, nous l'avons vu, elles sont remédiables.

§ 1. *Résistances à la condition de l'équinisme.* — Le pied est maintenu en équinisme par le tendon d'Achille retracté. De plus, de fortes adhérences unissent en arrière le calcanéum aux os de la jambe, qui prennent contact avec lui par deux facettes articulaires : le faisceau fibreux le plus résistant est constitué par le ligament péronéo-calcanéen de Besselhagen allant du ligament interosseux péronéo-tibial aux crêtes de la face supérieure du calcanéum. La flexion oblique de l'avant-tarse sur le tarse postérieur est fixée par les ligaments de la plante, dont nous allons voir le rôle dans le maintien du varus.

Chez le nouveau-né et dans la prime enfance, les seuls obstacles à la réduction de l'équinisme viennent de ces résistances fibreuses. Chez l'enfant et l'adolescent, après quelques années de marche et de station debout, la partie antérieure de la poulie astragalienne ayant perdu droit de domicile s'est élargie, montrant sur sa face externe la tubérosité signalée par Nélaton. En même temps, elle s'est exhaussée, formant un véritable gradin qui fait cran d'arrêt, tandis que la partie postérieure tassée et couverte par le plateau tibial s'est amincie en un coin plat à tranchant postéro interne.

§ 2. *Résistances à la correction du varus.* — Pour corriger le varus, quels seront les obstacles à supprimer? D'abord les résistances fibreuses; chez le jeune enfant c'est avec elles surtout qu'il faut compter. Les descriptions classiques ont jusqu'à présent représenté les ligaments dorsaux comme étirés et amincis. En réalité, ils sont hypertrophiés. Les plantaires sont surtout raccourcis; et c'est plus par leur rétraction que par leur épaississement qu'ils résistent : la chose a son importance au point de vue de leur facilité de rupture.

Une première et solide entrave vient du ligament deltoïdien du ligament latéral interne, qui se prolonge en avant et, dans les cas invétérés, s'interpose entre le scaphoïde et la malléole à la façon d'un ménisque inter-articulaire, comme l'a bien figuré Farabeuf.

Autre résistance : ce sont les deux tendons jambiers, le postérieur surtout. Ils ont entraîné à la remorque et fixent tout l'assemblage osseux de l'avant-tarse. Voilà les obstacles qu'il faudra rompre au côté interne. Sous la plante, d'autres liens résistent : d'abord l'aponévrose plantaire rétractée, avec ses dépendances anatomiques, les deux cloisons inter-musculaires, surtout la cloison interne qui sous-tend en corde rigide le bord osseux du pied. Puis le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur ou glénoïdien, dont le rôle nous paraît considérable. La rétraction de ce ligament est peut-être l'obstacle fibreux dominant : le glissement du scaphoïde sur la face interne du

col astragalien a pour résultat de diminuer, de supprimer même dans les cas graves, l'espace interscaphoïde-calcanéen; le ligament se rétracte à mesure que l'intervalle se réduit, et c'est sur ce point qu'il nous a semblé que la rupture manuelle était forcée de porter son effort maximum.

Il faut s'attendre à des résistances fermes opposées par le grand ligament de la plante calcanéo-cuboïdien inférieur. On les mesure bien au cours d'un redressement forcé. Quand le cuboïde, subluxé progressivement sur la trochlée calcanéenne, s'est porté en dedans de cette surface articulaire, la direction de ce ligament, à trois étages de fibres, s'est déplacée. Il n'a plus son orientation antéro-postérieure suivant l'axe de la plante; il forme maintenant une sangle oblique, raccourcie et partant rétractée, sous-tendant le cuboïde et l'appliquant contre le biseau qui tend à se former à la face interne de la grande apophyse calcanéenne.

Trois plans de fibres maintiennent cette position vicieuse: les digitations terminales de l'étage superficiel, insérées aux trois ou quatre derniers métatarsiens, contribuent au creusement de la plante. L'effort de rupture doit porter surtout sur les fibres moyennes: elle forment un éventail dense dont la rétractation courbe puissamment l'arc osseux sous-tendu Elles sont l'agent dominant de la flexion plantaire, dans l'interligne médio-tarsien, et trouvent dans la cloison fibreuse, rétractée et obliquée, du ligament en Y, un faisceau de renforcement: c'est elles qu'il faut rompre pour aplatir la semelle creuse du varus. Entre le bout du calcanéum et l'angle de l'équerre du cuboïde, quelques faisceaux courts forment la couche profonde, supplément de résistance. Poussés par les forces puissantes qui entraînent l'avant-pied en adduction, le scaphoïde et le cuboïde se créent une néarthrose. C'est d'abord un simple déplacement, une migration interne des facettes articulaires normales. La tête astragalienne montre au début un empiétement de la facette scaphoïdienne sur le côté interne du col; puis, rétrécie, elle devient pointue et à double face, l'empreinte articulaire primitive demeurant reconnaissable et incluse encore dans les insertions capsulaires; à un degré plus avancé, la tête n'est plus qu'un sommet mousse, une tubérosité dépolie et raboteuse. Mêmes étapes de déformation progressive sur l'extrémité antérieure du calcanéum: la surface trochléenne qui la termine a d'abord été prolongée, détournée en dedans, par le transport du cuboïde; puis, sa face interne s'est usée en un biseau saillant, infranchissable.

A ces degrés de déformation osseuse se subordonnent, on le comprend, les conditions de réductibilité. Si les surfaces astragalienne et calcanéenne ne sont déshabitées que partiellement et depuis quelques mois seulement, il sera possible, après rupture des résistances fibreuses, de replacer le scaphoïde et le cuboïde en regard de leurs anciennes facettes Il faudra ensuite les y maintenir jusqu'à ce que l'empreinte normale soit rétablie à nouveau. Au contraire, à mesure que s'accentue cette usure oblique des faces internes du col astragalien et de la grande apophyse calcanéenne, la saillie que forme ce plan incliné devient de plus en plus infranchissable, les surfaces articulaires cessent d'être conformes entre elles; et, pût-on réduire, on ne maintiendrait point un équilibre aussi instable.

4° *Des conditions de réductibilité du pied bot suivant l'âge du sujet.* — D'où il résulte que le temps surtout fixe la limite de réductibilité des pieds bots et, partant, les indications du redressement forcé. Jusqu'à trois ans, nous avons réduit à la main, avec adjonction fréquente de la ténotomie du tendon d'Achille, trente et un pieds bots. Au delà de trois à quatre ans, les résistances internes et plantaires s'accentuent: leur rupture de force par les instruments ou leur section à ciel ouvert trouvent plus souvent indication; les déformations de l'astragale motivent maintes fois l'ablation de cet os et l'excision complémentaire de la tête calcanéenne. Après dix ou douze ans, les déformations secondaires de la marche et leur fixation par l'ossification tarsienne imposent de plus larges tarsectomies, et nous verrons avec quelle décision et quels résultats Championnière en a réglé la pratique. Mais ce ne sont là que des formules approximatives, sujettes à variantes individuelles.

III. Redressement manuel. — Les manipulations sont évidemment le moyen le plus simple de correction orthomorphique: les anciens le connaissaient déjà. L'équin est la résultante de l'extension forcée dans la jointure tibio-tarsienne et de la flexion plantaire dans l'interligne du médio-tarse. Le varus est constitué par la flexion oblique en adduction de l'avant-pied, la courbure des bords, l'enroulement de la plante en supination. Il faut donc produire: la flexion du pied sur la jambe; la déflexion de l'avant tarse sur le tarse postérieur et partant l'abduction de l'avant-pied sur l'arrière-pied; la pronation plantaire par redressement du calcanéum.

Or il s'agit de faire se succéder méthodiquement suivant l'ordre ces manœuvres anatomiques des jointures correctrices. C'est ainsi qu'il faudra d'abord corriger la déviation de l'avant-pied sur l'arrière-pied et redresser la courbe du bord interne; puis c'est la volutation de la plante qu'il faudra rectifier; c'est enfin à l'extension tibio-tarsienne qu'on s'adressera. Si, en effet, on laisse persister l'équinisme, on dispose d'un point d'appui postérieur, fourni par l'arrière-tarse faisant corps avec la jambe, au niveau duquel s'applique avec précision la force d'opposition constituée par l'une des mains; la force de correction s'exerce sur tout l'avant-pied. Et comme les obstacles fibreux dominants siègent au côté interne et à la plante du médio-tarse, l'abduction et la déflexion les tendent jusqu'à rupture. En commençant la correction par l'équinisme, on se prive d'un contre-appui. La main est un excellent instrument de correction. Généralement — pour la première séance du moins — nous anesthésions le malade. L'extrémité inférieure de la jambe est amenée au bord de la table: Delore la fait immobiliser par un aide; nous préférons la fixer nous-même de la main de même sens que le pied traité: à savoir, main droite pour le pied droit, gauche pour le pied gauche. Brisez les résistances par temps successifs. D'abord celles internes qui courbent le bord osseux: en arrière le ligament tibio-scaphoïdien et les tendons jambiers; plus en avant, les fibres qui sous-tendent l'arc osseux du bord interne. Ce redressement du coude interne est aidé par une autre manœuvre: embrassez d'une main l'arrière-pied, de l'autre l'avant-pied, les deux pouces se touchant sur le bord externe, les doigts tirant sur le bord interne; faites effort sur les deux pouces, comme point d'appui aux deux mains redressant l'arc osseux. Il s'agit maintenant de vaincre les entraves plantaires qui maintiennent la flexion oblique de l'avant-tarse et la supination du calcanéum. Pour cela, le maximum d'effort doit s'exercer avec la région thénarienne qui pousse la plante en abduction et en pronation, la main agissante tenant ferme en bracelet l'avant-pied. Par pesées successives, vous sentez — et parfois entendez — les liens fibreux céder. Une grande résistance nous a paru toujours offerte par les ligaments calcanéo-scaphoïdiens inférieurs: il faut s'y reprendre en plusieurs fois, forcer sur l'abduction, faire exercer par un aide de haut en bas, avec les pouces, une contre-pression sur la tête de l'astragale, afin d'éviter que le mouvement ne se passe et que la force ne s'épuise dans l'article tibio-tarsien.

Faire virer en dehors la tête du calcanéum et remettre d'aplomb cet os, basculé sur son flanc externe: voilà, nous le savons, la condition de réduction de l'enroulement plantaire. Le succès de cette manœuvre suppose absolument la fixité de l'astragale dans la mortaise tibio-tarsienne.

Reste alors l'équinisme tibio-tarsien; dans tous les cas où le tendon d'Achille montre une résistance notable, où l'effort n'aboutit qu'à produire une déflexion exagérée dans le médio-tarse, il n'y a point à user de violence: commencez par couper le tendon d'Achille.

« On se doute peu en général, nous dit Delore, de la puissance du massage forcé. » C'est aussi notre sentiment. Ce massage forcé est aveugle, a-t-on objecté. Delore l'a disculpé. — On l'accuse de distendre de force les muscles rétractés et livrés sans défense par l'anesthésie; il tiraille, dit-on, et déchire les brides ligamenteuses; il décolle le périoste; mais ce décollement est, dans tous les cas d'une innocuité remarquable. La douleur, à un degré plus ou moins intense, est constante, elle est toujours moins forte aux séances ultérieures, et souvent alors nous nous sommes dispensé de l'anesthésie. Elle est à son maximum dans la soirée et la nuit qui suivent le redressement.

2° *Appareils de contention après le redressement manuel.*

— Maintenir est aussi important que rectifier. Et pour cela, il nous semble qu'il n'y a qu'un appareil : le plâtré. Nous le plaçons sans interposition d'ouate : nous nous contentons de recouvrir de bandelettes de gaze iodoformée, établies sans pli, les petites plaies de la ténotomie ou les menus éclatements cutanés qui parfois se produisent au niveau du coude du bord interne. Chez les tout jeunes, nous plaçons autour du membre un bandage roulé de flanelle, soigneusement ajusté, qui protège la peau et fixe le plâtré. Pendant qu'un aide embrasse de ses deux mains le tiers moyen de la cuisse, saisissez de la main de même sens le pied à immobiliser, le pouce derrière une malléole, les doigts derrière l'autre, en vous gardant d'exercer sur le cou de pied une pression circulaire capable de déterminer la formation de plis saillants en dedans. De la main opposée prenez l'avant-pied; et, poussant surtout avec le thénar contre la plante, portez le pied en hypercorrection : abduction, talus et valgus. Le plâtre commence à chauffer; l'attitude doit être conservée jusqu'à siccité complète. Il y a toujours un léger œdème du dos du pied, on le diminue en relâchant un peu la pression de la plante avant que l'appareil ne sèche et en laissant un certain jeu à la semelle.

IV. Ténotomies. — La section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire est l'auxiliaire, le plus souvent nécessaire, du massage forcé. Si l'équinisme est prononcé, si l'on ne peut, après correction de l'adduction, obtenir une flexion dorsale suffisante, faites relever le pied par un aide : le ténotome pointu pénètre sous le tendon, en dedans de lui pour éviter la saphène externe; la voie est ainsi préparée à la lame mousse qui se glisse à plat au-dessous du tendon, se relève et le sectionne de dedans en dehors par petits mouvements. Un craquement sec et la sensation de la résistance vaincue annoncent la section tendineuse. Une pesée vigoureuse de la main déchire les dernières fibres celluleuse. Si le doigt sent à la partie interne de la plante, portée en abduction, une corde dure formée par l'aponévrose, on peut aussi en faire la section sous-cutanée. Mais, pour les tendons jambiers et pour les ligaments plantaires, nous les coupons à ciel ouvert, à l'instar de Phelps.

Il est un point important sur lequel nous voulons insister : Tant qu'il persiste de l'équinisme, tant que la flexion du pied ne dépasse pas l'angle droit, on n'a pas rempli les conditions d'un redressement suffisant et stable : on a mobilisé l'avant-pied sur l'arrière-tarse non corrigé; ce redressement médiotarsien fait croire que la flexion tibio-tarsienne a dépassé l'angle droit; or, l'astragale et le calcanéum gardent leur position vicieuse, et la récidive est fatale. « Un plan vertical, passant par le milieu du pied redressé à angle droit, doit, comme la formule Delore, couper la rotule par son milieu. »

Si ce résultat n'est pas obtenu, la marche demeure défectueuse et prépare le retour de la difformité.

V. Redressement instrumental — La machine se substitue à la main. Velpeau, le premier, en fit la proposition ; Trélat, en 1880, redressa un varus équin avec un appareil construit par Collin. Bradford conçut en 1884 le plan d'un tarsoclaste avec pelotes, mises en mouvement par des vis et pressant sur trois points différents. Mollière, en 1885, redressa un pied bot, chez un homme de vingt et un an, avec l'ostéoclaste de Robin. En 1887, Vincent, de Lyon, ne pouvant, malgré le massage forcé, venir à bout de l'incurvation du pied et de la saillie de l'astragale, eut la pensée de s'aider de l'ostéoclaste pour fixer le tarse postérieur et pratiquer plus utilement qu'avec les mains le massage et le redressement du médiotarse. Depuis, sous le nom de tarsoplasie, il a employé méthodiquement ce procédé de modelage du tarse. Il y joint, dans le cas où le squelette de la jambe est incurvé ou tordu, l'ostéclasie susmalléolaire. Les tarsoclastes sont construits suivant deux types : les uns exercent une triple pression sur les os saillants et déplacés ; les autres n'ont qu'un double point d'appui sur la jambe et l'arrière-tarse, qu'ils fixent, et sur l'avant-pied, qu'ils mobilisent au moyen d'un levier. A la première catégorie appartiennent les instruments de Redard et de Delore ; à la seconde le tarsoclaste de Vincent, qui n'est que l'ostéoclaste Robin de plus petit modèle et légèrement modifié. Le pied est placé à plat sur la face interne, entre des compresses mouillées de solution de sublimé. L'arc métallique s'applique par-dessus un morceau de cuir destiné à amortir la pression suivant une ligne oblique allant du talon à la tête de l'astragale. Le tablier de cuir qui pend au rebord antérieur du plateau de l'ostéoclaste est engagé à travers du collier du levier, et tendu par un aide en bas et en arrière pour empêcher le collier de glisser et de s'échapper de l'avant-pied. L'opérateur relève la barre lentement, directement de bas en haut d'abord, puis obliquement, en l'inclinant dans le sens voulu pour redresser le varus. La première étreinte et les premiers redressements au levier ont pour but de refouler l'astragale dans la mortaise et de corriger l'adduction du calcanéum. On vérifie le résultat obtenu ; puis on achève le déroulement du tarse en distendant les parties molles du tarse antérieur.

Cependant, malgré les résultats obtenus par l'emploi des machines, nous estimons que chez les jeunes et jusqu'à l'age de trois à quatre ans la vigueur de la main est suffisante si elle est bien dirigée. La correction totale n'est point atteinte dès la première séance; nous y avons mis le plus souvent quatre ou cinq reprises, espacées en moyenne d'un mois. Entre temps, le plâtré maintient le résultat acquis; et l'on est agréablement surpris de trouver, à la sortie de l'appareil et dès les premières manipulations, le pied aussi souple, aussi docile que l'avait laissé la précédente séance. Ces articulations d'enfants ne s'enraidissent point par l'immobilité, et l'on marche ainsi par gains successifs, par étapes, comme dit Wolff, jusqu'à la rectification intégrale.

Après quatre ans, et dans les formes graves, le pied résiste à la main : l'obstacle vient surtout de l'astragale. Sans doute, sous l'énergique poussée du levier on peut l'y contraindre. Nous ne recommandons point la force poussée à ces limites. Nous ne tirons point notre objection des délabrements osseux qu'entraîne la tarsoclasie. Mais le danger de localisations tuberculeuses chez des enfants scrofuleux et prédisposés n'est pas une objection de pure théorie. Il faut, de plus, un outillage spécial. Il nous paraît plus conforme aux habitudes de la chirurgie aseptique de préférer, dans les cas graves des adolescents et des adultes, la section à ciel ouvert des résistances fibreuses de la portion interne de la plante et la résection des obstacles osseux.

VI. Bottines orthopédiques de redressement. — Il ne faut demander aux appareils que ce qu'ils peuvent donner : un rôle de contention, et non de correction active.

Ces appareils de redressement sont d'une variété infinie; mais, en somme, leur type de construction est constant. Deux pièces les composent : une pièce podale et une pièce jambière. L'important est que le pied soit étreint d'une façon solide et tolérable : l'action correctrice de l'appareil en dépend. La meilleure disposition, ce nous semble, est une guêtre lacée en coutil, qui chausse le pied et le bas de la jambe et qui, au niveau de sa portion pédieuse est munie de courroies allant s'attacher en avant et en arrière à des boucles placées sur les bords de la semelle. Cette fixation du talon et de la plante est de première importance, et son exactitude décide du redressement obtenu : comme le dit Hagman (1), lorsque le talon n'adhère pas à la bottine le pied prend à l'intérieur une position vicieuse, revient à l'équinisme, et l'on perd tout le fruit du traitement.

Les deux pièces, pédale et jambière, sont articulées entre elles de façon à jouer dans le sens contraire de la déviation. D'une façon générale, les articulations des appareils doivent correspondre à la situation des articles du pied sur lesquelles on veut agir. C'est ainsi que, comme l'observe Dubreuil, l'articulation destinée à produire la rotation du pied autour de l'axe antéro-postérieur, c'est-à-dire l'abaissement d'un bord et l'élévation de l'autre, doit se trouver au-dessous de celle qui correspond à la flexion et à l'extension, car la rotation se passe en grande partie dans l'articulation médio-tarsienne.

Les procédés mécaniques destinés à faire jouer les pièces d'appareils dans le sens voulu sont multiples.

Les appareils de traction à force élastique ont été vantés par

(1) Hagman. *Traitement du pied bot congenital.* Communication faite dans la session du 18 mars 1893 à la Société des Médecins de Moscou.

quelques-uns. Barwell, qui a le plus contribué à les vulgariser, se propose de « remplacer par des tubes de caoutchouc les muscles défaillants. » Des bandes élastiques, fixées par des bandes de diachylon ou par des moules inamovibles, sont tendues entre les points d'insertion des muscles insuffisants. Il y a là évidemment une idée rationnelle : ce procédé est favorable à l'exercice du membre et au rétablissement du fonctionnement musculaire. Dans certains pieds bots paralytiques, où l'atrophie musculaire exactement localisée à un groupe est toute l'affection, on peut ainsi obtenir de beaux succès. Mais, pour les pieds bots congénitaux, nous partageons les réserves de Dubreuil, qui déclare n'avoir « qu'une très médiocre confiance » dans les appareils élastiques.

En dehors de quelques varus, aisément réductibles, traités précocément et avec opiniâtreté, nous pensons, comme Delore, que l' « inefficacité des appareils redresseurs et des tractions les mieux faites est vraiment décevante. » Aux appareils à attelles, nécessitant un contrôle assidu et de fréquentes revisions, nous avons préféré le plâtré qui saisit et garde la position corrigée. Une leçon nous est venue aussi de l'observation de ces malades qui, en dépit des ténotomies et des bottines, arrivaient à l'âge adulte avec des pieds bots invétérés; et cela parce que l'orthopédie post-opératoire et le maintien du résultat acquis n'avaient pas été contrôlés. Il y a une double étape dans la cure : après la période de « correction active », vient la période de « convalescence », période de surveillance et de contention patiente, pouvant s'étendre dans les cas rebelles au delà d'une et deux années, où il s'agit, par des appareils, de développer le résultat acquis. En quatre à six mois, nous avons généralement obtenu chez les enfants au dessous de quatre ans le parfait redressement, avec flexion tibio-tarsienne dépassant l'angle droit. A ce moment, si l'enfant a déjà marché, il importe de le mettre à terre pour utiliser l'action modelante de la marche qui, lorsque le malade est redevenu « plantigrade », contribue à étaler la plante, sous la pesée du corps, à assouplir les ligaments, à rétablir l'équilibre des muscles antagonistes, à façonner par leur jeu réciproque les surfaces articulaires replacées en relations normales. La marche, devient ainsi un agent de correction. — Le meilleur appareil à cette phase est une guêtre lacée de cuir moulé, renforcée par des tiges métalliques latérales, qui chausse le pied en dessous de la bottine. Nous recommandons qu'on l'établisse sur un moulage de plâtre très exact.

Un artifice, déjà conseillé par A. Paré, pour empêcher l'enfant de reporter son pied en varus durant la marche, consiste à interposer, entre les lames de la semelle de la bottine, une semelle métallique qui se prolonge en ailette sur le bord externe.

Quand cette tendance au déjettement latéral n'existe point seulement au niveau du pied, la bottine ne suffit plus. Il devient alors nécessaire de prolonger les tuteurs de la bottine.

VII. Opération de Phelps. — Opérer à ciel ouvert la section des parties molles du bord interne et de la plante qui s'opposent au redressement; ne les sectionner qu'à mesure qu'elles se présentent aux yeux; mesurer les sections aux obstacles : telle est la proposition que le chirurgien américain réalisait dès 1879. En 1884, au Congrès de Copenhague, Phelps (1) expose sa pratique et l'appuie de douze observations décisives. La méthode fit rapidement son chemin : dans sa patrie originelle, Post, Higston, Schaffer (2), Bradfort (3), en font l'application; Lévy (4), de Copenhague et Tilanus (5), d'Amsterdam l'essayent et l'adoptent : Volkmann (6), en Allemagne, la couvre de son patronage; Philipson (7) écrit à son sujet un bon mémoire. En France, Kirmisson (8) a contribué activement par son enseignement et son exemple, à vulgariser la nouvelle méthode; il en a amélioré la technique en faisant de la large arthrotomie médio-tarsienne, que Phelps ne considère que comme un temps facultatif, le point fondamental de l'intervention ; Piéchaud (1) à Bordeaux, Phocas à Lille, Tédenat et nous à Montpellier, l'avons employée avec succès.

Les indications répondent aux conditions cliniques suivantes. On a affaire à un équin varus, irréductible sous le chloroforme; il s'agit d'un sujet jeune, ayant déjà marché. La section de Phelps a parfois été nécessaire chez des petits de deux ans dans des cas d'une gravité précoce, et, par contre, il est arrivé qu'elle a pu suffire à un redressement parfait chez des adolescents ayant dépassé la quinzième année; il est vrai qu'en pareil cas il était question, le plus souvent, de pieds bots paralytiques, moins exposés aux promptes déformations osseuses, car cette condition fixe les limites du pouvoir du Phelps.

L'incision de Phelps entaille, à plein tranchant, le bord interne du pied, suivant le pli qu'y marque l'adduction du varus. Elle s'avance assez sur la face dorsale du pied pour permettre la section du tendon du jambier antérieur. Elle descend, entamant plus ou moins loin l'ourlet interne de la plante. Le grand avantage du Phelps, c'est, en effet, de mesurer les sections aux obstacles : l'aponévrose plantaire, l'adducteur du gros orteil, le tendon du jambier postérieur sont sectionnés; on essaye alors le redressement; si l'on réussit, l'opération n'est pas poussée plus loin. Sinon, il faut d'abord, d'un coup de bistouri contournant la malléole, trancher le ligament deltoïde interne de l'article tibio-tarsien ; sans hésiter, il faut encore entrer à plein tranchant immédiatement en arrière du tubercule scaphoïdien dans l'article médio-tarsien. « Un écarteur, nous dit Kirmisson, est placé dans l'angle externe de la plaie sur la face dorsale du pied; le chirurgien, embrassant dans sa main gauche l'avant-pied, lui imprime un mouvement de torsion en dehors, en même temps qu'avec la pointe du bistouri il attaque successivement les fibres des ligaments astragalo-scaphoïdien supérieur, puis inférieur au fur et à mesure que ces fibres sont sectionnées; l'articulation est de plus en plus largement ouverte. Il est alors possible d'engager profondément dans son intérieur la pointe d'un bistouri étroit qui va sectionner le ligament en Y. Si la réduction du varus n'est pas suffisante, on la complète par un redressement manuel. »

Une particularité par laquelle se distingue le mode opératoire de Kirmisson et que nous adoptons, c'est de ne point donner à l'incision plantaire cette étendue que Phelps lui accordait : les obstacles sont dans le médio-tarse, plus abordable sur le dos qu'à la plante où Phelps a sectionné les fléchisseurs et n'a point toujours évité l'artère et le nerf plantaire interne. On a, d'ailleurs, la ressource de compléter les débridements en faisant au ténotome, et de dedans en dehors, à l'exemple de Philipson, la section sous-cutanée de toute l'aponévrose plantaire et du court fléchisseur. Si la peau plantaire, rétractée et indurée paraît constituer un obstacle, rien n'empêche de prolonger la section cutanée : s'il faut couper le jambier antérieur, l'incision n'a qu'à monter un peu sur le dos du pied. Dans le cas d'astragale à col tordu, on peut faire l'ostéotomie de ce col, complément opératoire que recommandent Phelps et Philipson. En un dernier temps, on pratique la ténotomie sous cutanée du tendon d'Achille. On ne doit s'arrêter que quand le pied est droit : c'est une faute et c'est un péril de récidive que de compter compléter le redressement par le traitement post-opératoire. Aussitôt après l'opération, le pied est mis en position rectifiée : les lèvres de l'incision baillent et s'écartent de 2 à 3 centimètres. La plaie est tamponnée à la gaze iodoformée : un appareil ouaté recouvre le pied et un plâtre l'immobilise d'emblée. Ce premier appareil peut rester en place pendant trois semaines; les plâtrés sont renouvelés jusqu'à cicatrisation ; cette dernière s'est accomplie en moins de

(1) Phelps, *The treatment of certain forms of club foot by open incision and fixed extension*, Congrès de Copenhague, 1884.
(2) Schaffer, *New-York med. Journ.*, 31 décembre 1887.
(3) Bradfort, *The Boston med. and surg. Journ.*, 22 mars 1844.
(4) Lévy, *Centralblatt für Orthoped*, mai 1888.
(5) Tilanus, *in* Thèse de Noyon, *Over de Amerikaansche Methode*... Amsterdam et *Centralblatt für Chirurgie*, 1880, n° 22.
(6) Volkmann, *in* von Büngner, *loco citato*.
(7) Philipson, Die Phelps'che Methode, *Deutsche Zeitsch. für Chirurg.*, 1887, XXX, p. 287.
(8) Kirmisson, Congrès français de 1889, séance du 14 oct. Leçons de clinique chir. à l'Hôtel-Dieu, 1889 ; — Traitement du pied bot varus congénital, *Revue d'Orthopédie*, 1er juillet 1896, p. 286-291.

(1) Piéchaud. — *In* thèse d'Ozoux (De l'opér. de Phelps), Bordeaux, 1893.

huit semaines dans la plupart des observations. On pourrait craindre que cette cicatrice transversale formée par granulation gênât l'appui sur la plante : or, s'il est parfois arrivé qu'elle demeure douloureuse, adhérente, le plus souvent elle s'assouplit à la longue, se distend, se mobilise sur les plans profonds et demeure très tolérante à la pression. Nous avons essayé, suivant le conseil de Dubrouil et le procédé de Reeves, de faire l'incision cutanée parallèle au bord interne du pied ; mais cela comporte moins de commodité et va à l'encontre du résultat du Phelps, qui est de gagner de l'étoffe et du jeu sur les téguments internes. Le traitement post-opératoire comporte les règles habituelles : manipulations d'assouplissement et usage prolongé d'une guêtre à tuteurs.

Bénigne, l'opération de Phelps l'est toujours, à la condition d'être aseptique. Efficace, elle l'est en des cas où des interventions graves ont échoué. Mais, il ne faut point exagérer sa valeur ; nous connaissons des cas de récidive ; Hoffa nous signale aussi les échecs dus aux tendances rétractiles de la cicatrice du bord interne du pied.

VIII. Interventions sur le squelette. — La méthode américaine est donc venue accroître, par une intervention simple et utile, les ressources du traitement conservateur. Mais, il est un âge du malade, il est surtout un degré de la difformité, où le pied bot cesse d'être curable par les moyens orthopédiques même aidés du Phelps, quand les résistances viennent du ligament calcanéo-cuboïdien inférieur ou quand ce sont surtout les déformations osseuses irréductibles qui marquent les bornes à sa valeur correctrice. Et Phelps lui-même rencontre ces impossibilités, contre lesquelles il lutte par l'ostéotomie linéaire du col astragalien et la résection d'un coin osseux du calcanéum. A partir de quelle époque les déformations du squelette sont-elles stables et incorrigibles autrement que par les moyens opératoires? Sans doute il paraît logique de fixer cette période d'après la date de l'ossification définitive du tarse, comprise entre huit et dix ans. C'est une moyenne cliniquement acceptable ; mais que d'exceptions! Le degré de difformité apparente n'est point un renseignement plus décisif : tel varus équin congénital, ne dépassant guère l'angle droit, offrira, chez un enfant de trois à quatre ans, une résistance invincible à la main, alors que chez un adolescent, un varus paralytique, coudant le pied à angle aigu, il obéira promptement au redressement et aux sections du bord interne. Cela ne peut se formuler.

Deux tendances inverses se sont récemment accusées, parmi les chirurgiens, au sujet des tarsectomies : les uns cherchent à limiter au minimum utile le sacrifice du squelette ; les autres, visant la rectification totale et immédiate de la difformité, ne s'arrêtent dans leurs excisions que lorsque le pied, flasque et malléable, peut être porté sans aucune résistance dans la position de correction et même de légère hypercorrection.

Les interventions économiques veulent être aussi radicales, mais à moins de frais. Il est actuellement établi que certaines tarsectomies partielles ne sauraient suffire au redressement. L'extirpation du cuboïde seul, supprime l'insertion antérieure des puissantes fibres du ligament plantaire calcanéo-cuboïdien, mais laisse intactes les résistances astragalo et calcanéo-scaphoïdiennes. L'opération de Bennet, extirpation du scaphoïde et du cuboïde, est pratiquement, insuffisante et peu recommandable.

Chose curieuse, c'est sur le tarse antérieur qu'ont porté les premières excisions : peut-être par commodité opératoire, probablement par erreur d'appréciation anatomique sur le siège apparent et réel du maximum de déformation osseuse. A l'heure actuelle, on laisse tranquille l'avant-tarse où, les premiers, Otto Weber, Davies Colley, Davy, ont taillé un coin à base externe et supérieure comprenant le cuboïde, la tête de l'astragale, le scaphoïde, rarement les cunéiformes.

C'est sur le tarse postérieur, nous le savons, que siègent les lésions fondamentales. Or, pour redresser un varus équin invétéré, osseux, quelles corrections nécessaires et minima faut-il porter au squelette médiotarsien?

Dans une vue d'ensemble, l'avant-tarse — scaphoïde et cuboïde — s'est luxé en dedans de la tête astragalienne et de la grande apophyse du calcanéum : ces deux saillies finissent par présenter un biseau interne, trop saillant pour que la correction soit possible, trop aminci à son extrémité antérieure pour qu'elle soit stable. Il faut supprimer ce pan osseux infranchissable et donner à sa tranche une surface convenable pour que le scaphoïde et le cuboïde y reprennent position d'équilibre. Il sera donc nécessaire d'abattre la tête de l'astragale et de faire sur le calcanéum une résection suffisante, complétée si besoin par un raccourcissement portant sur le cuboïde. Ce coin est à base externe, pour corriger l'adduction ; il faut aussi qu'il soit à base dorsale pour corriger la flexion de la plante vers le sol, élément complémentaire de l'équinisme.

Ceci corrige le varus. Reste l'équin : pour le rectifier, il est nécessaire de rendre à l'astragale une configuration qui lui permette de réintégrer la mortaise, l'extirpation pure et simple d'un os dont le pied supporte aisément la privation nous paraît préférable A elle seule l'astragalectomie, complémentaire et synergique de la section du tendon d'Achille, s'adresse presque exclusivement à l'équinisme. Grâce au vide qu'e le laisse et au relâchement qui en résulte pour les fibres de Besselhagen, le calcanéum se relève sur le bord postérieur de la mortaise. Mais sa supination persiste. Pour remettre d'aplomb le calcanéum versé sur son flanc externe, Masson et Ried, partant d'une erreur anatomique qui plaçait dans la malléole externe l'obstacle au redressement, furent conduit à une erreur opératoire, la résection de cette malléole, indispensable au maintien du pied. L'opération de Gross nous semble la solution logique du problème. Combinez à l'astragalectomie l'excision d'un coin osseux à base externe sur la partie antérieure du calcanéum, plus exactement, réséquer, en pleine épaisseur et à convenable distance de l'interligne, en tenant le ciseau perpendiculaire à l'axe de l'os, la grande apophyse calcanéenne : du même coup, vous enlevez le biseau oblique, obstacle à la réduction du cuboïde et vous supprimez, avec la saillante tubérosité plantaire antérieure, le point d'attache des fibres calcanéo-cuboïdiennes et scaphoïdiennes, la clef du médiotarse. L'excision de l'obstacle osseux se complète, ainsi, par la destruction des résistances fibreuses.

Dans trois cas, nous avons pratiqué l'opération de Gross, chez des enfants de cinq, sept et huit ans : le résultat a été excellent.

« L'œuvre du redressement du pied, nous dit Championnière, doit être achevée par l'opération. » C'est une formule à laquelle nous nous rallions sans discussion. L'astragale et la grande apophyse calcanéenne ont été supprimés ; le pied ne se redresse point totalement. « On enlève le scaphoïde, dit Championnière, et on donne ainsi un peu de souplesse au centre du pied. Mais cela ne suffit pas encore, et si on fait sauter le cuboïde, on obtient ainsi un immense espace vide à la place où était la masse osseuse constituant la voûte du pied. Or, on est surpris que, malgré ce vide et cette souplesse, le redressement obtenu soit imparfait ; j'enlève alors les cunéiformes. Ordinairement, le métatarse est alors facilement entraîné en haut, le talon s'abaisse et le déroulement du pied est complet. Cependant j'ai dû, en d'autres circonstances, compléter l'opération, soit par l'ablation de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, soit par l'ablation du tiers antérieur du calcanéum. » Cette résection calcanéenne nous paraît, pour les raisons développées plus haut, devoir être un des premiers temps opératoires : il est logique de commencer par la suppression d'un centre d'insertions, clef de résistances fibreuses qui, en en avant, multiplient et dispersent leurs attaches.

Nous n'avons pas eu l'occasion de faire ces larges tarsectomies pour pied bot ; mais nous les avons plusieurs fois pratiquées pour des tuberculoses de l'organe. Les résultats éloignés que nous avons obtenus au point de vue de la forme et de la fonction du pied, nous conduisent à admettre pleinement la doctrine et la pratique de Championnière. Rapidité de la réparation anatomique ; restitution fonctionnelle parfaite ; suppression de tout traitement ultérieur et de tout appareil redresseur : voilà des avantages assez nets pour nous décider à réséquer sans parcimonie, le squelette des pieds bots à grandes déformations osseuses.

Mais, nous n'allons pas jusqu'à penser, comme Championnière, qu'il y a là des conditions telles, qu'elles changeront toute la thérapeutique du pied bot. « Pourquoi, nous dit-il

tourmenter de jeunes enfants d'appareils inefficaces et difficiles à supporter, puisque la seule conséquence de l'accentuation de la difformité sera une excellente opération, seule susceptible d'amener la correction définitive sans addition d'appareils et sans soins consécutifs? On attendra donc patiemment l'âge où ces opérations sont possibles, soit de cinq à sept ans, selon la vigueur de l'enfant. » Nous estimons, au contraire, pour des raisons longuement développées, que le plus parfait traitement des formes graves de l'adolescent c'est leur prophylaxie chez le jeune enfant, c'est leur correction précoce empêchant l'aggravation et la fixation des difformités, et que s'il est efficace et simple de faire une tarsectomie, il est meilleur d'en supprimer l'indication. Mais les préceptes, l'exemple de Championnière garderont leur haute valeur.

Il est une déformation qui accompagne les pieds bots graves : c'est la torsion congénitale ou acquise, des os de la jambe sur leur axe longitudinal, lésion connue des classiques et bien signalés par Scarpa, Adams, Dubreuil, Volkmann, Wolff ; la malléole interne est devenue antérieure et l'externe a tourné en arrière ; dans le pied bot invétéré de l'adolescent et de l'adulte, cette part de difformité, qui nécessite parfois l'usage de grands appareils à tuteurs, peut exercer sur la statique du pied, en déplaçant la ligne de gravité, une influence propice à la récidive; et il devient utile en pareille déformation, de replacer la mortaise en bonne direction, par l'ostéotomie susmalléolaire, de même qu'il est indiqué, s'il existe un genu valgum ou varum concomitant, de compléter l'œuvre de redressement par la correction de ces déformations squelettiques.

Séance du Mardi 20 octobre (soir). — PRÉSIDENCE DE M. PRATT.

M. KIRMISSON (de Paris). — *Traitement du pied bot varus équin congénital.* — Deux conditions très différentes peuvent se présenter dans le traitement du pied bot varus équin congénital : ou bien on est en présence d'un enfant nouveau-né ou au moins n'ayant jamais marché, ou en présence d'une déformation plus ancienne chez un enfant ayant déjà marché. Dans le premier cas, nous sommes d'avis qu'il faut commencer le traitement le plus tôt possible, dans les jours qui suivent la naissance. Nous avons l'habitude de nous adresser d'abord au varus et de ne traiter l'équinisme que consécutivement. Nous faisons des massages journaliers, redressant progressivement l'adduction de l'avant-pied, et nous maintenons le résultat acquis à l'aide de petites bottes en gutta-percha très bien supportées par la peau tendre des jeunes enfants. Le deuxième acte consiste à détruire l'équinisme et nous avons recours pour cela, si le massage ne nous paraît pas suffisant, à la ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille. Lorsque l'enfant a marché, quand on se trouve en présence d'un pied bot invétéré, que cet état tienne à la production de récidive ou à l'absence complète de traitement les conditions changent du tout au tout. Il faut employer alors le redressement forcé sous le chloroforme ou les opérations proposées pour la cure du pied bot invétéré. Nous employons très volontiers le redressement forcé sous le chloroforme dans les cas moyens. Lorsque le pied ne nous paraît pas trop dur, le redressement suivi de l'application d'un appareil plâtré nous a donné de très bons résultats. On doit compléter le résultat ainsi obtenu par un massage continué pendant de longs mois. A côté du redressement manuel sous le chloroforme, on doit placer la tarsoclasie instrumentale. Nous dirons de cette méthode ce que nous avons dit souvent de l'ostéoclasie du fémur pour le genu valgum, que nous n'aimions pas ces opérations aveugles dont les résultats sont difficiles à calculer et dont l'effet dépasse souvent le but. Nous préférons donc avoir recours aux opérations sanglantes, mais nous ne pensons pas qu'il soit utile de faire porter l'intervention d'emblée sur le squelette; sans vouloir discuter les différentes formes de tarsotomies et de résections osseuses, nous pensons que ces différentes opérations ont le tort grave de compromettre souvent et la forme et la fonction. Je préfère de beaucoup suivre la voie dans laquelle est entré Phelps et je revendique pour moi le mérite d'avoir introduit en France, en 1889 cette opération de Phelps que nous avons pratiqué depuis cette époque un grand nombre de fois en la modifiant d'une façon très importante. En effet, l'ouverture de l'articulation médio-tarsienne, faite exceptionellement par Phleps, est devenue pour moi le point fondamental de l'opération.

Le total de mes opérations de Phelps s'élève actuellement à 76, ayant porté sur 51 malades. L'enfant le plus jeune que j'ai opéré avait 15 mois. Le plus âgé avait 19 ans. Le plus grand nombre était compris entre 3 et 10 ans. 23 malades avaient subi la térotomie du tendon d'Achille; 2, la tarsoclasie instrumentale, 3, l'ablation de l'astragale. Nous n'avons observé de complications graves que chez un de nos opérés qui a eu escharre profonde causée par l'appareil plâtré. Les résultats définitifs ont été en général très satisfaisants. Dans deux cas, pour arriver au redressement, nous avons dû faire une excision cunéiforme sur le bord externe du pied. Dans quelques cas nous avons vu persister un léger degré d'équinisme. Il est certain que même dans les cas les plus favorables les malades doivent encore être surveillés. En résumé, l'opération de Phelps, telle que je l'ai décrite (section des parties molles sur le bord interne du pied avec large arthrotomie médiotarsienne) me paraît être l'opération de choix. Que beaucoup de mes collègues aient obtenu des résultats avantageux à l'aide de la tarsoclasie instrumentale. Je ne cherche nuellement à le nier, mais, ce que je tiens avant tout à préciser, c'est que les opérations sur le squelette, les différentes tarsotomies ne devront jamais être mises en parallèle avec les méthodes précédentes ; dans la cure du pied bot varus équin congénital elles ne devront jamais constituer les opérations de choix, mais seulement des méthodes d'exception et de nécessité applicables seulement quand toutes les autres méthodes conservatrices se sont montrées insuffisantes.

M. BERGER (de Paris). *Traitement des pieds bots congénitaux* — M. Berger adopte la plupart des conclusions du rapport. Les varus équins peuvent être traités dans les premiers mois par les manipulations (déroulement du pied) et l'orthopédie seulement; mais le plus souvent, dès la première enfance, il faut faire précéder ce traitement de la ténotomie. M. Berger fait par la ténotomie sous-cutanée, la section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire, pour éviter les cicatrices; mais il sectionne à découvert le tendon du jambier postérieur. M. Berger a revu de ses opérés au bout d'un temps très long et même plus de vingt ans ; les résultats physiques étaient bons, mais pas absolument complets; il persistait encore un peu d'adduction de l'avant-pied, le bord interne de celui-ci était élevé et concave ; les orteils s'écartaient en évantail ; le ventre des jumeaux était court, la jambe cylindrique. Quant au résultat fonctionnel, il était parfait ; la démarche ne différait en rien de celle d'une personne normale. Dans le pied bot invétéré, M. Berger donne la préférence à l'opération de M. Gross (astragalectomie avec tarsectomie cunéiforme) : l'astragalectomie seule ne remédie pas assez à l'enroulement du pied. M. Berger reproche à l'incision de Phelps de ne pas permettre la résection cunéiforme externe, quand celle-ci est nécessaire. La résection n'est pas plus grave, elle ne donne pas de raccourcissement appréciable; elle corrige merveilleusement la difformité. Les résultats que M. Berger a pu revoir au bout de quelques années étaient très satisfaisants.

M. JALAGUIER (de Paris). — J'étais arrivé autrefois à cette conclusion que l'idéal serait de parvenir par une opération sanglante, en une seule fois, à supprimer la durée interminable de traitement. Je me trouvai, après l'opération décrite par Nélaton, à l'essayer. Depuis cette époque, je traite, par une opération, le pied bot grave, pied bot varus équin congénital. Les pieds bots légers sont traités par le redressement manuel. Tous mes opérés ont guéri sans accidents. Après section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire, j'enlève, par une incision sur le dos du pied et avec la curette tranchante, la tête de l'astragale et la grande apophyse calcanéenne. Je puis alors sectionner les ligaments plantaires que j'ai sous les yeux. Une fois le pied redressé, je raccourcis le pédieux que j'ai coupé pour arriver sur l'astragale, et je réunis les deux parties du muscle par quelques points de suture au catgut. Les résultats en sont très bons. Le raccourcissement du pédieux a pour effet de redresser les orteils. Je ne néglige pas le traitement consécutif. J'applique un appareil plâtré. Le douzième jour, j'enlève les fils et j'applique un nouvel appareil plâtré,

laissant les orteils à découvert. Quand j'enlève l'appareil, je donne, comme tuteur au pied, une botte en cuir moulé, maintenant l'angle droit. Je permets ensuite la marche à partir du vingt-cinquième jour. Un léger massage sera exécuté régulièrement pendant quelque temps. On peut en laisser le soin aux parents.

M. DESCHAMPS (de Liège) donne les conclusions suivantes. 1° Nos connaissances actuelles ne nous permettent pas encore de porter un jugement définitif sur la pathogénie du pied bot, on peut cependant admettre que le pied bot varus équin congénital est le résultat d'une paralysie, pendant la vie intra-utérine des muscles abducteurs du pied (théorie de Soyn), les lésions osseuses en sont la conséquence; 2° le traitement chirurgical se varie, dépend autant de la lésion elle-même, que des aptitudes et de l'expérience personnelles du chirurgien opérateur; 3° l'opération de Phelps ou de Reeves a donné d'excellents résultats; elle est applicable dans bien des cas. La tarsectomie est parfois préférable; 4° dans tous les cas, la valeur du traitement chirurgical peut être nulle, si on néglige les soins consécutifs de massage, redressement et antéro-manœuvre orthopédique; 5° on peut parfaitement guérir un pied bot par le massage patient et le redressement forcé si le traitement a commencé dès le jeune âge.

M. MARTIN (de Genève). — *Parallèle entre les diverses méthodes de traitement des pieds bots.* — L'auteur expose les bons résultats qu'on obtient par la méthode de Venel, consistant surtout en diverses manipulations aidées de massage, de gymnastique, de l'électricité, de ports d'appareils. Sur 130 pieds bots congénitaux traités par cette méthode, on a pu s'assurer dans plus de soixante cas revus de six à douze ans après leur sortie que le redressement avait persisté; plusieurs ont fait leur service militaire et supporté facilement de longues marches. Presque jamais, avant l'âge de 10 ans, la résistance, soit musculaire, soit osseuse, est assez considérable pour qu'avec de la persévérance on ne puisse en venir à bout.

M. PÉAN (de Paris). — *Des pieds bots et de leur traitement.* Je suis d'avis d'appliquer les méthodes de douceur toutes les fois qu'elles peuvent l'être. Mais, à partir de quatre à treize ans, chez les enfants n'ayant jamais été traités, ces méthodes ne donnent pas de résultats ou n'en donnent que d'insuffisants, même appliquées pendant deux ou trois ans. On a reproché à l'ostéoclasie de donner des pieds un peu plats. La tarsectomie est indiquée dans les pieds bots invétérés, incurables par les méthodes anciennes. Mais je ne suis pas partisan d'employer la même méthode dans tous les cas. L'obstacle siégeant à la face dorsale, c'est en cet endroit que je fais mon incision. Il faut conserver le périoste; enlever d'abord la tête de l'astragale qui est la partie la plus résistante, le calcanéum, le cuboïde. On doit enlever en un mot tout ce qui gêne le redressement et on applique, bien entendu, un appareil plâtré. On guérit ainsi des pieds bots qui échapperaient souvent à d'autres méthodes. Celles-ci pourraient être de mise dans les pieds bots paralytiques. Il faut surtout réagir contre ceux qui ne s'empresseraient pas de traiter rapidement les pieds bots.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (de Paris). — Je me placerai à un point de vue plus exclusif que les précédents orateurs. On oppose la chirurgie tendineuse à la chirurgie osseuse. Mais les sections tendineuses, présentées comme sans importance, sont aussi graves que les ablations osseuses et ne présentent pas toujours les mêmes avantages. Il faudrait faire une opération assez parfaite pour se passer d'appareil. Le progrès est dans la suppression de ce dernier et c'est vers ce but que doivent tendre les efforts; car les apareils doivent souvent être employés pour ainsi dire éternellement et peuvent même entraîner des accidents mortels à cause de l'immobilisation prolongée qu'ils nécessitent. En règle générale, je suis très économe des sections tendineuses; par contre, j'enlève non seulement un morceau d'astragale, mais tous les os du tarse, jusqu'à ce que le pied soit mou et malléable entre mes mains. Je ménage seulement la partie postérieure du calcanéum. Je n'applique pas d'appareil plâtré, mais un simple pansement ouaté que j'enlève le huitième jour. Au bout de ce temps je mobilise tous les jours le pied et j'attache une grande importance à cette mobilisation précoce. Le résultat a été parfait dans 13 cas sur 23 opérations de pieds bots; dans ces 13 cas, j'avais enlevé tous les os du tarse, sauf la partie postérieure du calcanéum. Je suis allé dans un cas, jusqu'à l'ablation de la partie postérieure du cinquième métatarsien. Le pied était raccourci, mais avait gardé sa hauteur et le malade marchait d'une façon irréprochable. (*A suivre*). LOMBARD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 octobre. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Les péritonites dans la fièvre typhoïde et leur traitement.

M. DIEULAFOY discute la division classique suivante: *a*) la péritonite par perforation; *b*) la péritonite par propagation. La première, due à la perforation des plaques ou des follicules ulcérés. C'est la plus grave, elle est presque toujours généralisée; la deuxième moins grave, peu limitée, due à la propagation du processus infectieux à travers l'intestin ulcéré mais non perforé. Mais il insiste sur ce fait, que la péritonite par perforation peut elle-même chez un deux, être atténuée. Les sensations du malade sont énormes par l'état adynamique. Les douleurs, les vomissements, les nausées, le tympanisme, peuvent dépendre de la fièvre typhoïde elle-même, sans qu'il y eut perforation. Le hoquet a une importance plus grande, mais le meilleur guide est la chute brusque de la température, ne coïncidant pas comme dans certaines défervescences brusques de la guérison avec une amélioration marquée. La défervescence de la perforation est prolongée et n'est pas suivie d'une réascension rapide comme celle de l'hémorrhagie intestinale. Voyons maintenant qu'elle est l'évolution de ces péritonites. Dans la majorité des cas, la péritonite par perforation est mortelle. Elle a une durée variable de trois à huit ou dix jours, parfois interrompue de rémission ou d'amélioration factice, et les symptômes péritonéaux, je le répète, sont assez souvent dénaturés par les symptômes typhoïdes. En peu de jours, le malade se refroidit, la mort survient dans le collapsus ou dans le coma. Toutefois, la péritonite par perforation n'est pas toujours mortelle; des adhérences peuvent s'établir à temps, auquel cas la péritonite se circonscrit, et après deux, trois, quatre jours l'amélioration survient et le malade guérit. Les observations de Reunert, auxquelles je faisais allusion plus haut, sont des types de ces péritonites par perforation aboutissant à la guérison : chute brusque de la température, vomissements, hoquet, tympanisme, dyspnée, puls filiforme, collapsus, rien n'y manque... que l'autopsie.

La péritonite par propagation n'existe pas, elle dépend d'une perforation reconnue. Quand un dothiénentérique succombe avec les symptômes d'une péritonite par perforation, et quand on ne peut arriver à découvrir la perforation intestinale, il faut rechercher avec soin s'il n'existe pas une fissure intestinale, qui suffit, pour si limitée qu'elle soit, à expliquer la pathogénie de la péritonite par perforation; il faut rechercher si la péritonite n'est pas consécutive à une infection ganglionnaire, à une perforation de la vésicule biliaire; il faut enfin, et surtout, examiner minutieusement l'appendice iléo-cæcal, qui, plus souvent qu'on ne l'avait cru jusqu'ici, est la cause des accidents péritonéaux. Les appendicites ne sont, en effet, postérieurs au cours de la fièvre typhoïde. Tantôt il y a des lésions spécifiques, tantôt des lésions banales. Plusieurs exemples démontrent à l'évidence que les appendicites para-typhoïdes peuvent entraîner toutes les complications des appendicites vulgaires, depuis la péritonite aiguë généralisée par émigration, l'appendice n'étant pas perforé, jusqu'à la pyléphlébite et les abcès du foie.

Tous ces faits offrent, au point de vue thérapeutique, une extrême importance. Ils justifient, en effet, les tentatives d'intervention chirurgicale dont les succès ne sont d'ailleurs pas contestable. On peut établir, au point de vue des indications opératoires, les conclusions suivantes : 1° au cas d'appendicite typhoïde et de péritonite typhoïde appendiculaire, l'opération se fait dans les meilleures conditions, elle donne les meilleurs résultats pourvu que l'in-

tervention soit faite en temps voulu; 2° au cas de péritonite typhoïde par perforation, l'opération donne au malade quelques chances de salut. La difficulté est de saisir le moment opportun de l'intervention; 3° malgré les ulcérations intestinales, la suture de l'intestin aboutit à la cicatrisation de la perforation. L'intervention chirurgicale est donc motivée.

Du chimisme respiratoire normal et pathologique.

M. Robin a entrepris, avec la collaboration de M. Binet, des recherches importantes sur le chimisme respiratoire normal, ses modifications au cours de la fièvre typhoïde et sous l'influence des bains froids. Ces recherches conduisent aux conclusions thérapeutiques suivantes : la balnéation froide augmente en proportion considérable les échanges respiratoires, exagère les actes d'oxydation qui se passent dans l'organisme, augmente la tension artérielle, l'activité du cœur, la diurèse; elle agit par action reflexe sur le système nerveux. Les actes d'oxydation étant les procédés de défense essentiels de l'organisme, il faut nécessairement favoriser leur production dans toutes les maladies infectieuses.

Pouvoir hystéroclastique des réflexes pharyngien et cutané.

M. Clozier (de Beauvais) signale le pouvoir des excitations pharyngiennes poussées jusqu'à la nausée, des titillations sur la muqueuse nasale et la membrane pituitaire, du pincement de la peau pour enrayer les attaques d'hystérie.

Les effets du sérum antipesteux.

M. H. Monod communique les résultats très remarquables (20 guérisons sur 22 cas de peste traités par le serum), obtenus par M. Yersin à Canton. La peste semble devoir, grâce à cette médication disparaître des regions de la Chine où elle est endémique et où elle exerce de terribles ravages. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 23 octobre 1896. — Présidence de M. d'Heilly.

Hémorrhagies vulvaires des enfants.

M. Comby a observé des hémorrhagies vulvaires chez des petites filles atteintes de vulvo-vaginite interne due aux gonocoques. Ces hémorrhagies prises fréquemment pour des métrorrhagies ou l'apparition précoce des règles sont précédées et accompagnées d'un écoulement mucopurulent. M. Comby traite avec succès ces vulvo-vaginites par des lavages au permanganate de potasse au 1/1000. et il badigeonne les excoriations de la vulve avec une solution au 1/50 de nitrate d'argent.

Thrombose de la veine cave supérieure.

M. Achard présente une malade atteinte depuis longtemps d'une thrombose de la veine cave supérieure. Chez cette malade, la circulation collaterale s'est établie peu à peu et a fait disparaître en partie l'œdème qui persiste encore au bras droit.

M. Hayem presente des préparations histologiques ayant trait à la *gastrite dégénérative.*

M. Rendu signale un cas d'*épistaxis* fréquent dont il n'a pu découvrir la cause. J. Noir.

Ingénieurs sanitaires en France. — Nous avons le très vif plaisir d'annoncer à nos lecteurs que notre ami. M. d'Esménard, ingenieur, ancien secrétaire général de la *Société des Ingénieurs et Architectes sanitaires de France*, ancien rédacteur en chef du *Génie sanitaire*, vient d'être nommé ingénieur sanitaire de la ville de Bordeaux. Nous croyons devoir le faire expressement remarquer, c'est la première fois qu'en France a lieu une nomination de ce genre. Nous adressons à la Municipalité de Bordeaux nos sincères felicitations pour cette intelligente, hardie et très utile initiative. D'ailleurs le choix qu'elle a fait montre combien on a déjà su apprécier en haut lieu les qualités d'organisateur et la compétence toute spéciale que présente le nouvel élu, auquel nous envoyons tous nos compliments. — Paris imitera-t-il Bordeaux? *That in the question!* M. B.

VARIA

XII° Congrès international de Médecine.

Moscou (*19 au 26 août 1897*).

Section de Chirurgie.

Sur la proposition de M. le Dr Braatz (de Königsberg), la Section de Chirurgie du XII° Congrès international de Médecine a décidé de recueillir pour ce Congrès une *Statistique internationale des Narcoses* produites en 1896. En conséquence les présidents de la section prient instamment tous leurs confrères de vouloir bien répondre au questionnaire suivant :

1) *Nombre des narcoses* exécutées par eux du 1er janvier 1896 au 1er janvier 1897? — 2) *Agent anesthésique par lequel la narcotisation est produite?* — 3) *Nombre des cas de mort par suite de la narcose?*

Messieurs les médecins sont priés de faire parvenir ces renseignements, pas plus tard que le 1er juillet 1897, s'il est possible, au secrétaire de la Section de Chirurgie, M. le Dr F. Rein (Moscou, Malaja Dmitrovka, maison Scheschkov).

Association des Urologistes français à Paris.

La première assemblée générale de l'Association française d'urologie a eu lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. MM. les Drs Pousson (de Bordeaux) et Desnos (de Paris) ont rendu compte des premiers travaux et des démarches qui ont abouti à la formation de cette société.

Après le vote des statuts, il a été procédé à la nomination du bureau, qui est ainsi composé :

Président, M. le Dr Guyon; vice-présidents, Dr Ch. Monod et Pousson; secrétaire général, Dr Desnos; trésorier, Dr Guiard; secrétaires de séances, Drs Bauzet, Michon et Vigneron.

En prenant possession du fauteuil de la présidence, M. le Pr Guyon a remercié ses collègues et a retracé en quelques mots le rôle brillant qu'à toujours joué la chirurgie spéciale française et qui, aujourd'hui plus que jamais, lui assure l'estime des savants de tous les pays.

Ce premier Congrès de l'*Association française des médecins et chirurgiens urologistes* a été organisé en quelques jours. et son succès s'est un peu ressenti de cette hâte. « On fera mieux, dit la *Revue médicale*, une autre fois et nous ne doutons pas qu'il ne nous suffise entre autre de signaler la façon vraiment defectueuse dont le service de la presse a été organisé, pour que ne se reproduisent plus certains incidents, qui pourraient faire croire à un fâcheux particularisme chez les membres d'une Association, que toute la presse médicale s'est cependant fait un devoir de saluer et d'aider à ses débuts. »

Les aliénés à l'Institut.

A propos de la mort de Trécul, notre maître J. Claretie a rappelé qu'il y avait un savant, enfermé dans un asile d'aliénés, qui chaque année envoyait à l'Académie des Sciences, des travaux d'ordre mathematique extrêmement remarquables.

De son côté, M. E. Loudun, dans un livre récent (1), raconte qu'il existait encore à Paris il y a peu de temps (il ajoute même : *il existe peut être encore!*) un membre de l'Académie des Sciences. atteint du délire de persécution, et croyant que tout le monde veut l'empoisonner. — Il est très regrettable que M. Loudun n'ait pas donné des détails suffisants pour nous permettre de faire un diagnostic. Mais quel est donc le physiologiste qui a posé ce diagnostic? Nous serions bien aise de le deviner. M. B.

Les pseudo-empoisonnements de Malaunay et l'intoxication par l'oxyde de carbone (Erreur judiciaire).

C'est la semaine dernière qu'à eu lieu, devant la Cour d'assises de la Somme, le procès en revision de l'affaire des *empoisonnements de Malaunay*, et que Pauline Delacroix, veuve Druaux, condamnée aux travaux forcés à perpétuité par le jury de la Seine-Inférieure le 15 décembre 1887, graciée en 1894, a comparu devant de nouveaux juges. Voici l'affaire : Dans l'après-midi du 20 avril 1887, jour de Paques, des consommateurs s'étant présentes au débit de boissons tenu à Malaunay par la femme Druaux, en trou-

(1) *Nord et Midi*, p. 248.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

MARTIN (C.). — When and how to curette the uterus. Brochure in-8 de 11 pages. — Birmingham, 1896. Printed by Hall and English.

NAPIAS (H.). — Etudes d'assistance publique. — Budgets municipaux et bugets hospitaliers. Brochure in-8 de 23 pages — Paris, 1896. — Librairie Berger-Levrault et Cie.

NOIR (J.). — Hygiène et secours et premiers soins à donner aux malades et aux blessés. Volume in-18 de 320 pages, avec 78 figures. — Paris, 1896. — Librairie Ve Dunod et Vicq.

STUCKI (R.). — Beiträge zur Radikaloperation der Leistenbruche aus der chirurgischen Abtheilung des Herrn prof Dr Girard. Brochure in-8 de 40 pages, avec 5 planches hors texte. — Thun, 1895. - Kommissionsverlag von E. Stämpfli.

TITO COSTA. — Di una nuova particolarità nella tecnica dell' anestesia locale cocainica. Brochure in-8 de 7 pages. — Genova, 1896. — Pio Gaggero.

VAN DUYSE. — Deux causes anatomiques de grossesse tubaire; Brochure in-8 de 24 pages avec 5 figures. — Gand, 1896. — Imprimerie Van der Haeghen.

WEGELE (C.). — Die diätetische Behandlung der Magen-Därmerkrænkungen mit einem Anhang : Die diaetetische Küche. Volume in 8 de VIII-168 pages. - Iena, 1896. — Verlag von G. Fischer.

NAGEL (W.). — Harn und Geschlechtsorgane. — Zweiter Teil. Abtheilung I. Die weiblichen Geschlechtsorgane — Handbuch der Anatomie des Menschen prof Dr Karl von Bardeleben. Volume in-8 de 159 pages, avec 70 figures. — Iena, 1896. — Verlag von G. Fischer.

WIGGIN (F.-H.). — Infantile Intussusception, a study of one hundred and three cases treated either by intestinal distention or laparotomy and a report of two cases Brochure in-8 de 42 pages. — New-York, 1896. — The publishing Printing Company.

vèrent la porte fermée, et, à force de frapper, finirent par faire venir, à la fenêtre, cette femme, qui, tout échevelée, leur annonça que son mari venait de mourir « d'une bronchite qu'il avait à la tête ». Elle les priait en même temps d'aller prévenir son frère, qui travaillait avec Druaux dans une usine de margarine voisine. On ouvrit la porte du débit, et quelle ne fut pas la stupéfaction de ces gens-là en apercevant le jeune Delacroix étendu sur le sol de la cuisine et ne donnant plus signe de vie. La femme Druaux criait qu'il était soûl, mais il était visible qu'il était mort. On crut immédiatement à un drame. La gendarmerie arriva. Elle trouva Druaux mort, comme son beau-frère. La femme, interrogée, donna des explications contradictoires et se mit à divaguer comme une personne absolument ivre. L'opinion publique fut unanime à penser qu'elle avait empoisonné son frère et son mari qui la gênaient dans sa « vie de débauche ». Quelques jours avant, Druaux, l'ayant surprise en flagrant délit d'adultère, l'avait chassée de chez lui et n'avait consenti à la reprendre qu'à la condition qu'elle cesserait l'exploitation du débit de boissons. Au surplus, dit l'acte d'accusation, à plusieurs reprises, Druaux et son beau-frère avaient éprouvé des malaises qui se traduisaient par des lourdeurs de tête, des embarras d'estomac et des vomissements abondants, dont on ne s'expliquait pas la cause. L'accusée en paraissait joyeuse; elle disait gaiement : « Mon mari ne passera pas l'année. Si j'avais la chance qu'il mourût, il serait vite remplacé. » Une fois même, elle avait parié 40 francs contre 2 francs qu'il ne ferait pas ses treize jours.

Ces propos et d'autres analogues avaient aggravé les charges recueillies contre elle par l'enquête judiciaire dont elle avait été l'objet. Enfin, l'expertise médico-légale à laquelle il avait été procédé avait achevé la démonstration de la culpabilité de la femme Druaux. En effet, les résultats de l'autopsie des deux cadavres, ainsi que ceux de l'analyse chimique qui en avait été la suite, étaient concluants. Sans pouvoir déterminer exactement la nature du poison, les hommes de l'art s'accordaient à déclarer, avec certitude, que la mort des sieurs Druaux et Delacroix était due à un empoisonnement criminel. C'est dans ces conditions que Pauline Delacroix fut renvoyée devant le jury de la Seine-Inférieure, déclarée coupable, malgré ses protestations d'innocence, et condamnée aux travaux forcés à perpétuité le 15 novembre 1887.

Mais, depuis, des faits se sont produits qui ont permis de croire à une erreur judiciaire. Les époux Gauthier, qui avaient succédé dans la maison aux époux Druaux, éprouvaient, chaque fois qu'on allumait le four à chaux adossé au débit, des accidents et des malaises analogues à ceux qui avaient été constatés chez Druaux et son beau-frère. La femme Gauthier, qu'on avait trouvée plusieurs fois évanouie, succomba à un nouvel évanouissement le 28 mai 1888. Le four était allumé et dégageait une odeur caractéristique. Les époux Dubeaux devinrent locataires après les Gauthier, et, eux aussi, faillirent périr asphyxiés. Leur chat fut trouvé mort dans la cave. Sur leur plainte, le propriétaire de la maison, qui l'était en même temps du four, dut fermer celui-ci et en construire un autre plus loin. Dès lors, les locataires n'éprouvèrent plus aucun malaise. Au surplus, dit l'acte d'accusation, il a été, en outre, constaté par un architecte désigné à cet effet, que le four adossé à la maison successivement habitée par les époux Druaux, Gauthier et Dubeaux présentait des fissures par où s'échappaient des gaz délétères que le vent rabattait sur la maison et qui s'y introduisaient soit par la porte du cellier, soit même par les nombreux interstices du toit. Il ne paraît donc pas douteux que les accidents éprouvés par les époux Gauthier et Dubeaux doivent être attribués aux émanations nocives provenant du four à chaux. Mais la mort des sieurs Druaux et Delacroix peut-elle avoir ou a-t-elle eu, en réalité, la même cause ?

Les premiers médecins-experts ont d'abord affirmé que les constatations faites par eux, les lésions internes qu'ils avaient observées chez les deux victimes rendaient cette hypothèse inadmissible et qu'elle devait être absolument écartée. Au contraire, les docteurs Brouardel, Descouts, et Ogier, de Paris, après avoir examiné toutes les circonstances de la mort des sieurs Druaux et Delacroix et s'appuyant sur les constatations faites par les premiers experts, aboutissent à des conclusions diamétralement opposées et déclarent que, selon eux, la mort des sieurs Druaux et Delacroix, comme celle de la femme Gauthier, est due exclusivement « à une intoxication par les gaz émanés du four à chaux ». Leurs confrères de Rouen, après avoir énergiquement combattu et repoussé cette opinion, ont enfin, sans l'admettre absolument, reconnu, après un nouveau rapport des trois sommités médicales susnommées, que l'hypothèse d'une intoxication par des gaz délétères tel que l'oxyde de carbone n'était pas inconciliable avec les lésions importantes du tube digestif qu'ils avaient observées. C'est dans ces conditions que la Cour de cassation, chambre criminelle, par arrêt en date du 26 juin dernier, a cassé et annulé l'arrêt précipité de la Cour d'assises de la Seine-Inférieure et a renvoyé la nommée Pauline Delacroix, femme Druaux, devant le jury de la Somme, pour qu'il soit à nouveau statué sur l'accusation portée contre elle par arrêt de la cour d'appel de Rouen du 15 octobre 1887.

Pauline-Adèle Delacroix, veuve Druaux, aujourd'hui âgée de trente-huit ans, sera assistée devant la Cour d'assises de la Somme par Me Julien Goujon, député de la Seine-Inférieure, qui l'avait défendue devant la Cour d'assises de Rouen, et qui avait combattu avec énergie l'accusation d'empoisonnement criminel, en soutenant que les émanations du four à chaud justifiaient sa conviction absolue de l'innocence de sa cliente. La veuve Druaux a été remise en liberté après avoir passé huit années à la maison centrale de Clermont. Sa situation, même depuis cette époque, est des plus navrantes. A sa libération, elle s'est trouvée sans ressources ; son fonds de commerce ayant été vendu pour payer les frais de justice. Elle n'a dû qu'à des générosités particulières de pouvoir vivre jusqu'à ce qu'elle eût trouvé une place. Aujourd'hui elle est en condition au Havre. Une autre douleur l'attendait. Après diverses démarches auprès de l'assistance publique, sa fille lui a été rendue il y a quelques semaines. Mais son enfant l'a reniée, déclarant ne pas vouloir vivre à côté de l'empoisonneuse de son père et de son oncle.

Les débats ont été présidés par M. le conseiller Pinson. Vingt-deux témoins étaient cités, et parmi eux MM. les Drs Brouardel, Descouts et Ogier, de Paris, et les médecins experts de Rouen. L'affaire s'est terminée par un *acquittement*, qui s'imposait.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

MARDI 3. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Farabeuf, Pozzi, Roger. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Proust, Ménétrier, Achard. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Panas, Berger, Nélaton. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Cornil, Thoinot. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Gilbert, Charrin.

MERCREDI 4. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu (1re *série*) : MM. Humbert, Lejars, Delbet. — (2e *série*) : MM. Marchand, Tuffier, Broca. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Wurtz, Widal.

JEUDI 5. — (2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Achard, Chassevant. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Guyon, Bar, Nélaton.

VENDREDI 6. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Straus, Retterer, Weiss. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Tillaux, Ricard, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Potain, Gilles de la Tourette, Wurtz. — (1re *partie*). Obstétrique. (Clin. Baudelocque) : MM. Pinard, Humbert, Varnier.

SAMEDI 7. — Médecine opératoire : MM. Panas, Le Dentu, Thiéry. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Joffroy, Marie, Roger.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 4. — Mlle Myszynska. Contribution à l'étude du traitement des néphrites infectieuses par la teinture des cantharides. — M. Barreyre. Les accidents consécutifs avec injections mercurielles dans le traitement de la syphilis. — M. Hamelin. Etude sur le pneumo-paludisme. Quelques cas observés dans les pays chauds. — M. Delgrange. Essai d'étude comparée sur les sérums.

JEUDI 5. — M. Petit (R.). Le sérum antidiphtérique de Roux. Effets physiologiques et cliniques. — M. Lamandé. Etude sur les convulsions épileptiformes produites par les injections d'air ou de liquide dans la cavité pleurale. — M. Hébert. Recherches cliniques et bactériologiques sur les angines à bacile de Friedlander. — M. Foulia. Contribution à l'étude des fractures de l'omoplate.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr HANOT (de Paris).

M. le Dr HANOT, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé de médecine générale à la Faculté de Médecine de Paris, s'est donné la mort dans la nuit de mardi à mercredi dernier, à son domicile particulier.

Les journaux politiques ont publié des détails absolument contradictoires sur ce suicide, qui n'a cependant rien de mystérieux pour tous ceux qui fréquentaient cet homme excellent et qui ont connu ce praticien, jadis très apprécié, en particulier comme spécialiste des affections gastro-intestinales et hepatiques. Chacun, dans le monde médical, savait, en effet, que l'etat cérébral de M. Hanot était des plus précaires depuis quelques années, par suite de chagrins intimes, sur lesquels il n'y a nul inconvénient à insister, les feuilles quotidiennes ayant déjà parlé. Ce qui pourtant n'avait pas empêché la Faculté de Médecine de Paris de songer à lui, ces jours derniers, pour la chaire vacante de pathologie. Mais la Faculté est souvent ainsi :

elle traite de déséquilibrés les gens d'initiative et d'action et trouve parfaitement sains d'esprit et de corps ceux qu'elle a couvés, ne s'apercevant que trop tard de la bévue commise...

Ce n'est pas d'ailleurs la seule tentative de suicide de M. Hanot ; il n'avait pas pu y parvenir une première fois, grâce à l'intervention d'un ami. Un grand journal du soir, bien informé d'ordinaire, raconte que M. Hanot, qui, d'après lui, était un timide, s'est tué parce qu'il avait peur de ne pas être à la hauteur de la place qu'on lui offrait à la Faculté ! A qui fera-t-il avaler cette pilule? La vérité, — qui est toujours bonne à dire —, est que ce très brave homme se croyait persecuté dès 1894 (nous en avons eu la preuve, nous-même, lors de l'organisation du Congrès de Rome) et que c'était un malade, un véritable malade. Rien d'étonnant, dès lors, à ce qu'il ait avalé une partie du contenu d'un flacon de cyanure de potassium, qui n'aurait pas dû se trouver à sa portée, et qui n'y aurait pas été, si M. Hanot n'eût été un médecin connu, un homme avec lequel il fallait compter.

L'*Eclair* a raconté « qu'il y a quelque temps il avait été question de son élection à l'Académie de Médecine, mais qu'on n'avait pas cru un succès possible, en raison de circonstances qui n'entachaient en rien son honorabilité. Il a ajouté qu'enfant du faubourg Saint-Antoine, il avait fait, il y a trois ou quatre ans, grâce au Pr Charcot, ce qu'on appelle un beau mariage. Mais que, pour contracter cette union, il avait dû rompre avec une liaison vieille de plusieurs années, et que, presque au lendemain de son mariage, il avait été repris par « l'ancienne », la femme qui l'avait vraiment aimé et soutenu à ses débuts dans la vie. Ce ne fut certes pas sans un profond déchirement de cœur qu'il dut déserter le foyer conjugal ; mais il fut obligé de céder au passé. Et la secousse qu'il éprouva à cette occasion causa chez lui un trouble mental tel que l'internement dans une maison de santé fut jugé nécessaire. » — Et cela a bien l'air d'être exact.

A peine rétabli, M. Hanot eût en outre la grande douleur de perdre son père et sa vénérable mère : ce qui aggrava encore son état maladif. Mais, s'il a commis une faute dans sa vie, au point de vue social (celle de se marier), on peut dire qu'il l'a suffisamment payée par le châtiment qu'il s'est volontairement imposé par sa longue maladie et sa mort effrayante. Aussi sa disparition laissera-t-elle d'unanimes regrets dans le monde médical de Paris et sa mémoire gagnera-t-elle à ce que la vérité soit complètement divulguée, comme nous avons essayé de le faire.

Hanot, en effet, comme praticien et comme homme de science, a droit à toutes les sympathies. Reçu docteur en 1875, après avoir été interne des hôpitaux de 1871 à 1874, il fut successivement nommé agrégé à la Faculté et médecin des hôpitaux. Il était rédacteur en chef des *Archives générales de Médecine*. Il est l'auteur d'un très grand nombre de mémoires, qui portent la trace d'un esprit chercheur, acharné au travail. On connaît sa part de collaboration au livre de MM. Hérard et Cornil sur la *Phtisie pulmonaire* ; le beau volume qu'il a publié avec M. Gilbert sur les *Maladies du foie* sa thèse de doctorat (1875) intitulée : *Etude sur une forme de cirrhose hypertrophique du foie* (cirrhose hypertrophique avec ictère chronique).

Voici la liste de ses principales publications :

De la syphilis cérébrale (1874). — *Du rapport entre l'anévrysme de la crosse de l'aorte et la pneumonie caséeuse* (1876). — *Phtisie pulmonaire* (1877). — *Phlegmatia alba dolens au cours de la chlorose* (1877). — *Hypertrophie concentrique du ventricule gauche dans la néphrite interstitielle* (1878). — *Des différentes formes de cirrhose du foie* (1877). - *Phtisie pulmonaire et tuberculose pulmonaire* (1879). — *Du traitement de la pneumonie aiguë* (1880). — *Miliaire bactéridienne dans la fièvre typhoïde* (1880). — *De la cirrhose atrophique à marche rapide* (1882). — *Etude sur la gastrite chronique aux scléroses sous-muqueuses, hypertrophique et rétropéritonite calleuse* (188.). — *Cirrhose hypertrophique pigmentaire dans le diabète sucré.* (1881). — *Tuberculose* (1883). — *Des rapports de l'inflammation avec la tuberculose* (1883). — *Notice sur le Pr Lasègue* (1883). - *Note sur les altérations histologiques du foie dans le choléra à la période algide* (1884). — *Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée* (1885). — *Sur la cirrhose pigmentaire dans le diabète sucré* (1886). — *Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique* (1887). — *Sur le foie gras des tuberculeux* (1887). — *Purpura et streptocoques transmis au fœtus* (1892). — *Angine et streptocoques : fusée purulente rétro-pharyngo-œsophagienne, s'ouvrant dans la cavité pleurale droite, empyème, mort* (1891). — *Sur une forme septicémique du cancer de l'estomac* (1892).—*Sur les modifications de l'appétit dans le cancer de l'estomac et du foie* (1893). — *Pleurésie gauche hémorrhagique chez un homme d'apparence robuste* (1893). — *Note sur les nodules du foie infectieux* (1893).— *Du cancer du foie pseudo-fluctuant* (1893). — *Note sur l'ictère grave hypothermique* (1893) — *Un cas de pneumonie du vague* (1894). — *Note sur les taches blanches du foie infectieux* (1894). — *Note sur les néocanalicules biliaires dans le foie infectieux* (1894). — *Début de la phtisie pulmonaire* (1895). — *Note sur le mécanisme de l'aseptolie hépatique* (1895). — *Diverses variétés de lithiase biliaire* (1895) — *De la leucocytose dans la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique* (1895). — *Un cas de tuberculose de la membrane interne de l'aorte* (1895). *Note sur l'œdème unilatéral droit dans les maladies du foie* (1895). — *Ostéomalacie de grossesse, épithéliome lobulé des os et du foie* (1895). — *Rapports de l'intestin et du foie en pathologie* (1895) — *Fièvre typhoïde et lithiase biliaire* (1896). — *Sur le rétrécissement de l'artère pulmonaire considéré comme manifestation d'hérédité tuberculeuse* (1896) — *Début de la phtisie pulmonaire* (1895). — *Ictère par dislocation de la travée* (1895). — *D'une forme de cirrhose non alcoolique du foie par auto intoxication* (1894). — *Cancer et suppuration* (1895). — *Hérédité hétéromorphe dans la tuberculose* (1895). - *Cirrhose alcoolique hématémèses successivement rouge et noir* (1895). — *Un cas de tuberculose de la membrane interne de l'aorte* (1895).

Les influences morbides exercées par le foie sur l'intestin. (1895). — *Cirrhose alcoolique varices lymphatiques cutanées abdominales* (1894). — *Fièvre typhoïde, dilatation du cœur droit, bruit de galop persistant* (1895). *L'acné dans la fièvre typhoïde* (1895).—*De l'intestin et du foie en pathologie* (1895). — *Considération générales sur l'hérédité hétéromorphe* (1895). — *Considérations générales sur les maladies progressives* (1895). — *Note sur le mécanisme et l'asystolie hépatique* (1895). —*Des hyperplasies compensatrices de la régénération du foie* (1895). — *De l'application de la méthode de Golgi à l'étude du foie de l'homme adulte* (1895). — *Fièvre typhoïde et lithiase biliaire* (1896). — *Note sur diverses variétés de lithiase biliaire* (1895). — *Diabète bronzé* (1896). — *Ostéomalacie chez une femme récemment accouchée et épithélioma tubulé du foie et des os* (1885). — *Rapports de l'intestin et du foie en pathologie* (1895). — *De l'œdème unilatéral droit dans les maladies du foie* (1895).—*Notes sur les tâches blanches du foie infectieux* (1895).

Hanot était chevalier de la Légion d'honneur et âgé de 52 ans. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui samedi à midi et l'inhumation a été faite au Père-Lachaise. F.

M. TRÉCUL, pharmacien, de l'Académie des Sciences.

La semaine dernière s'est éteint à la Maison Dubois, où il était en traitement depuis plusieurs semaines M. Trécul, l'éminent botaniste français, bien connu du monde scientifique de tous les pays, membre titulaire de l'Académie des Sciences pour la section de Botanique et correspondant ou membre associé de la plupart des sociétés savantes de l'étranger.

Auguste Trécul était né à Mondoubleau (Loir-et-Cher), le 8 janvier 1818. Il avait d'abord étudié la pharmacie à Paris et venait d'être reçu interne des hôpitaux en 1841, avec ses contemporains, MM. Chatin, ancien directeur de l'Ecole de pharmacie de Paris, et Georges Ville, actuellement encore professeur au Muséum, lorsque l'étude des plantes l'attira. Il se tourna alors totalement vers la botanique et publia, dès 1843, plusieurs mémoires qui lui firent confier une mission scientifique aux Etats-Unis par le Muséum d'histoire naturelle et par le Ministère de l'Agriculture, pour rechercher et étudier spécialement les racines féculentes usitées comme alimentaires par les tribus indiennes de l'Amérique du Nord.

Trécul partit au commencement de 1848, traversa les Etats-Unis pour se rendre directement dans le territoire indien où il suivit une tribu sauvage dans ses pérégrinations à travers les immenses prairies, qui avoisinent les montagnes Rocheuses. Il

recueillit là de superbes collections de plantes et d'animaux qui lui avaient été demandées. Expédiées en France par le consul de New-York, ces richesses furent malheureusement perdues dans les parages des îles Açores avec le navire qui les portait. Sans se décourager, l'explorateur se remit au travail. En 1849, il continua ses recherches dans les Etats de l'Ouest et se rendit ensuite au Texas et au Mexique, d'où il expédie encore au Muséum de belles collections de plantes, principalement de la famille des Cactées, dont plusieurs espèces nouvelles portent son nom. Trécul rentra en France en 1850 et s'occupa uniquement de la détermination des plantes qu'il avait recueillies, sans jamais vouloir accepter ni un emploi, ni une situation officielle d'aucune sorte.

On raconte de lui un trait qui caractérise admirablement ce savant. Au retour de son voyage, le premier soin de l'explorateur fut de se rendre au ministère qui lui avait accordé une subvention. Là, déposant sur le bureau de l'employé qui dirigeait le service des missions un gros paquet enveloppé d'une moitié de journal, il tint à ce fonctionnaire le discours suivant : « L'Etat a bien voulu m'accorder une subvention de 10,000 francs. Les dépenses occasionnées par mes voyages ne s'élèvent, ainsi qu'il ressort des comptes que je viens vous remettre, qu'à la somme de 7,495 francs. Je viens faire retour au gouvernement de l'excédent de cette somme s'élevant à 2,505 francs... » On juge de l'étonnement de ce fontionnaire, peu habitué à de semblables démarches. C'est en vain que celui-ci essaya de montrer l'impossibilité de revenir sur des crédits régulièrement ordonnancés, le botaniste entêté ne voulut rien entendre ; bien mieux, rouge de colère, Trécul frappa violemment sur la table, et, plongeant ses yeux dans les yeux de l'employé, médusa le malheureux bureaucrate par ces mots : « Me prenez-vous, monsieur, pour un malhonnête homme ? » Puis, prenant la porte, il disparut. L'Etat dut rentrer en possession de l'excédent de sa subvention.

Depuis cette époque, sans qu'il pût être taxé précisément de misanthropie, Trécul s'était isolé volontairement dans la petite mansarde qu'il occupait depuis près de soixante ans dans un hôtel meublé, avoisinant le Jardin des Plantes. C'est là qu'il a vécu, pour ainsi dire autour du monde scientifique, sans s'y mêler autrement que par ses écrits ou par ses communications à l'Institut, dont il était, depuis 1866, un des membres les plus assidus et les plus écoutés. Les travaux de Trécul ont eu principalement pour objet l'anatomie végétale. La liste en serait longue, et c'est à peine si nous pouvons rappeler ici les principales séries d'observations et d'expériences dues à la féconde activité du savant. En 1854 parurent les *Recherches sur les formations secondaires dans les cellules végétales*, qui conduisirent l'auteur à étudier le *Développement de la chlorophylle* (1857), puis le *Développement de l'amidon* (1858), etc. Ce qui restera le plus beau des titres scientifiques de M. Trécul sera incontestablement cette magistrale suite de mémoires qu'il publia sur *les Vaisseaux laticifères*, qui se succédèrent de 1857 à 1869 et modifièrent de fond en comble toutes les notions classiques.

La perte de Trécul sera très vivement ressentie par les savants de tous les pays qui, les uns et les autres, rendaient hommage à son savoir et à sa rigueur scientifique bien connue. (*Temps*).

Nous ajouterons que, désormais, les savants de l'envergure morale de Trécul se font de plus en plus rares. Il lui a fallu, avouons-le, une certaine abnégation pour rester ainsi fidèle à ses principes et ne solliciter jamais la moindre place. On sait qu'à la fin de ces jours il était logé aux frais (discrètement, il est vrai) de l'Académie des Sciences. — Il faut profondément s'incliner devant de tels exemples, en les temps où nous vivons.

M. B.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 12 oct. au samedi 17 oct. 1896, les naissances ont été au nombre de 1.030, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 367; illégitimes, 9, Total, 506. — *Sexe féminin* : légitimes, 368 ; illégitimes, 156. Total, 524.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 11 oct. au samedi 17 oct. 1896, les décès ont été au nombre de 751, savoir : 375 hommes et 376 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 4, T. 5. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 0, F. 0, T. 0. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 2, F. 2, T. 4. — Diphtérie, Croup : M. 2, F. 4, T. 6 — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 106, F. 84, T. 190. — Méningite tuberculeuse : M. 8, F. 8, T. 15. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 8, T. 22. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 2, T. 2. — Tumeurs malignes : M. 15, F. 31, T. 46. — Méningite simple : M. 9, F. 15, T. 24. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 22, F. 25, T. 47, — Paralysie, M. 2, F. 0, T. 2. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 2, T. 4. — Maladies organiques du cœur : M. 20, F. 28, T. 48. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 2, T. 5. — Bronchite chronique : M. 8, F. 5, T. 13. — Broncho-pneumonie : M 9, F. 9, T. 18. — Pneumonie : M. 6, F. 11, T. 17. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 19, F. 13, T. 32 — Gastro-entérite, biberon : M. 16, F. 19, T. 36. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 0, T. 3. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 1, T. 4. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 2, T. 2. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Débilité congénitale : M. 14, F. 7, T. 21. — Sénilité : M. 6, F. 24, T. 33. — Suicides : M. 10, F. 2, T. 12. — Autres morts violentes : M. 9, F. 6, T. 15. — Autres causes de mort : M. 50, F. 54, T. 104. — Causes restées inconnues : M. 3, F. 2, T. 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 77, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 26, illégitimes, 14. Total : 40. — *Sexe féminin* : légitimes, 24, illégitimes, 13. Total : 37.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Le *Concours de l'Adjuvat* près la Faculté de médecine de Bordeaux s'est terminé par les nominations suivantes. Sont nommés *aides d'anatomie* : MM. Barbe et Cannac. Sont nommés *aides-adjoints d'anatomie* : MM. Ballet et Chauvain.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — M. THÉZÉE, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé, pour la présente année scolaire, des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle. — M. le Dr BOQUEL est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — M. le Dr CHENIEUX, professeur de clinique chirurgicale, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de ladite Ecole.

UNIVERSITÉ DE BESANÇON. — *Secrétariat des Facultés.* — M. GAUSSIN, secrétaire des Facultés et de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1896. M. Gaussin est nommé secrétaire honoraire. — M. SUFFREN, secrétaire de l'Académie de Bordeaux, est nommé secrétaire des Facultés de l'Université de Besançon, en remplacement de M. Gaussin, admis à la retraite.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été nommés *Officiers d'Académie* : MM. Baboin (Achille-Régis), professeur suppléant à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Grenoble. Donnio (René-Marie), pharmacien, conseiller municipal à Loudéac, délégué cantonal. Odin (Amédée), pharmacien, directeur du laboratoire maritime des Sables-d'Olonne (Vendée). Romeyer (Jean-Paul-Joseph), chef de travaux à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble. Verne (Claude), professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

RÉCOMPENSES. — M. Barthou, Ministre de l'intérieur, a visité l'hospice de Pau et remis une médaille à la sœur Saint-Joseph, qui dirige le service de la chirurgie. Il a laissé, en outre, 200 fr. pour l'amélioration de l'ordinaire des malades.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Amphithéâtre des Hôpitaux* (17, rue du Fer-à-Moulin). — Une série de travaux pratique de *bactériologie médicale* commencera le lundi 9 novembre à 2 heures, sous la direction de M. Macaigne, chef du laboratoire.

HÔPITAUX DE LYON. — Sont nommés *internes titulaires* : MM. Pehu, Roubion, Bonnet, Gayolle, Gondrand, Laroyenne, Prothon, Hugot, Berchoud, Carle, Molin, Roget, Lépine, Carrel-Billard, Levet et Comte; *internes provisoires* : MM. Lesieur, Pinatelle, Vial, Mazerand, Viaunay, Correz, Moyroud, Manuelidès, Termier, Bayle, Vallin, Sgourdeos, Cousin, Magnet, Bouroud, Tolot, Gautier et Mayoud.

HOSPICES D'AUBERVILLIERS. — *Inauguration.* — M. de Selves, préfet de la Seine, a inauguré récemment un hospice élevé à Aubervillers par trois donateurs. M. Domart, maire et conseiller général, a prononcé un discours dans lequel il a rendu hommage au préfet de la Seine. Celui-ci a répondu en quelques paroles et a félicité la population qui se montre si éclairée. M. de Selves n'a pas voulu insister sur les sentiments qui l'animent profondément à l'égard des communes suburbaines et des œuvres d'assistance publique. La cérémonie terminée, les autorités sont allées à la mairie, où était offert un vin d'honneur.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine, vacantes au 1er janvier 1897, dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-*

Evrard et Villejuif et l'infirmerie spéciale des aliénés de la Préfecture de police. — Le lundi 7 décembre 1896, à midi précis, il sera ouvert à la Préfecture de la Seine, annexe de l'Hôtel de Ville, rue Lobau, n° 2, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine vacantes au 1er janvier 1897 dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de midi à cinq heures. Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 9 au samedi 21 novembre 1896 inclusivement. (Voir les conclusions du concours dans le *Numéro des Etudiants*).

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES ET DES PAYS DE PROTECTORAT. — *Nomination* au grade de médecin de 2e classe, M. Marotte. — *Réorganisation du corps militaire de santé des colonies.* — Par décret en date du 20 octobre 1896, les cadres réglementaires du personnel du corps militaire de santé des colonies (médecins) sont fixés ainsi qu'il suit : 1 médecin-inspecteur de 1re classe; 1 médecin-inspecteur de 2e classe; 6 médecins en chef de 1re classe; 9 médecins en chef de 2e classe; 23 médecins principaux; 70 médecins de 1re classe; 93 médecins de 2e classe. Le personnel médical affecté soit aux pénitenciers, soit aux services payés par les budgets locaux, comprend : 1° des officiers du corps de santé des colonies ou empruntés, à titre exceptionnel, à un autre corps de santé militaire et placés hors cadres; 2° des médecins civils pour lesquels il sera décrété prochainement une organisation particulière. Les uns et les autres seront placés sous l'autorité directe des chefs de service à la disposition desquels ils auront été mis. Les médecins du corps militaire de santé des colonies détachés hors cadres dans la position visée ci-dessus conserveront leurs droits à l'avancement.

ACADÉMIE DES SCIENCES DE MUNICH. — On écrit de Munich (Allemagne) que le chef du département scientifique de la Compagnie Liebig, le Pr de Pettenkofer, vient d'être nommé président de l'Académie des Sciences de Munich, pour un nouveau terme de trois ans et qu'en même temps le prince régent lui a conféré le titre d'Excellence.

LA PESTE AUX INDES. — L'épidémie de peste bubonique, qui sévit à Bombay et à Calcutta, a causé jusqu'à présent dans ces deux villes 282 décès sur un total de 438 cas dûment constatés. Elle paraît suivre une progression décroissante, depuis quelques jours.

CHOLÉRA EN ÉGYPTE. — Les bulletins officiels de santé constatent que l'Egypte est maintenant absolument libre de choléra.

ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRINE A STRASBOURG. — Le séminaire catholique de Strasbourg a été fermé pour huit jours, une épidémie de cholérine s'étant déclarée parmi les élèves. Les médecins déclarent que la maladie ne présente aucun caractère dangereux.

MÉDECINS ET TRIBUNAUX. — *La rentrée en province.* — A Bastia, M. Arrighi, substitut du procureur général, a parlé sur le sujet suivant : *De l'homicide et des causes qui, en Corse, mettent obstacle à la représentation de ce crime;* à Chambéry, l'avocat général Orsat a parlé sur *la moralité dans le roman contemporain.*

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE. — *Nouveau projet.* — Le Ministre de l'Intérieur prépare un projet de loi sur les bureaux de placement et un projet sur l'organisation méthodique de l'assistance dans les campagnes.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr Paul CHÉRON, collaborateur de la *Tribune médicale*, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui a publié un très grand nombre de revues critiques et de travaux originaux, et qui s'était acquis une certaine notoriété dans la presse scientifique par ses articles de vulgarisation sur la thérapeutique. — On annonce la mort à Vieille-Auro (Hautes-Pyrénées) de M. le Dr Alexandre NASSANS, qui, pendant longtemps, a joué à Toulouse un rôle politique actif. M. Nassans était issu d'une vieille famille de pharmaciens de Masseube (Gers). Il avait été chef de clinique de Ricord, puis chirurgien à Auch; enfin, il s'établit en 1867 à Toulouse, où il conquit au concours le poste de chef adjoint à l'Hotel-Dieu. Il fut en 1870 chirurgien en chef des mobiles de la Haute-Garonne. Conseiller municipal, administrateur ou chirurgien en chef des hôpitaux, il a beaucoup contribué à réformer la vieille administration hospitalière toulousaine. — On annonce de Colombo, dans l'île de Ceylan (Indes anglaises), la mort d'un éminent botaniste anglais, M. Henri TRIMEN, qui y dirigeait depuis une quinzaine d'années, le jardin botanique de Paradenia, près Candy, et qui avait été auparavant (1869-1879) un des conservateurs du département botanique au British Museum. M. Trimen était l'auteur de quatre volumes sur les plantes médicinales, d'une Flore du Middlesex et d'une Flore de Ceylan. — M. le Dr TANNER, le fameux jeuneur, vient de mourir de mort tragique. C'est lui qui, le premier, en 1880, se soumît à l'épreuve d'un jeûne de quarante jours et mit à la mode ce genre d'expériences dans lequel il fut dépasé par plusieurs émules. Après avoir vendu des drogues et fondé un asile d'enfants trouvés, opérations qui ne l'enrichirent pas, il défia, en 1891, son principal rival, l'Italien Succi, lui offrant de se soumettre l'un et l'autre à un jeûne indéfini, proposition qui ne fut pas acceptée par Succi. Finalement, le célèbre jeûneur a péri dans un incendie à Cleveland (Ohio). — M. le Dr BRIDE (de Bois-d'Oingt). — M. le Dr LEFÈVRE, médecin-major de 1re classe en retraite. — M. le Dr SAME (de Saint-Gaudens). — M. le Dr VIGNES (de Corbeil). — M. le Dr Céseire VILLARD (de Marseille).

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies des vieillards et maladies nerveuses,* le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. FÉRÉ, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants*: M. BOURNEVILLE, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de technique des autopsies.

Par MM. BOURNEVILLE et BRICON. Librairie du *Progrès médical.* — Prix: broché, 2 fr. 50. Pour nos abonnés, 2 fr. ; relié, 3 fr. et 2 fr. 50

« MM. Bourneville et Bricon ont eu l'excellente idée de publier un *Manuel de technique des autopsies,* clair, concis, bien fait, renfermant tout ce qui est nécessaire pour guider un étudiant, un externe ou interne, ou un médecin des hôpitaux, dans la pratique des nécropsies. C'est un vade-mecum indispensable de la salle d'autopsie, car, là, rien ne doit être laissé à l'imagination. . . . .

« Le manuel de MM. Bourneville et Bricon vient donc bien à son heure; il est de la plus grande utilité pour tous ceux qui veulent apprendre la technique des autopsies. Il suit presque partout les indications formulées par Wirchow; mais, chemin faisant, il indique aussi quelques-uns des procédés de l'Ecole de Vienne et, à propos du cerveau, il donne les méthodes de section de M. Pitres. » (*Journ. des Connaissances méd.*).

V. CORNIL.

HAMON DU FOUGERAY et COUETOUX. — Manuel pratique des méthodes d'enseignement spéciales aux enfants anormaux, sourds-muets, aveugles, idiots, bègues, etc., etc., avec une préface du Dr Bourneville. Un beau volume in-8 de XVI-304 pages, avec 27 figures et deux cartes.— Prix : 5 fr.— Pour nos abonnés. 3 fr. 50

DAURIAC (J.-S.). — Traitement chirurgical des hernies de l'ombilic et de la ligne blanche. Volume in-8 de 180 pages, avec 17 figures. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Le Rédacteur-Gérant: BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCCr), RUE DE RENNES, 71.

23e ANNÉE.— 3e SÉRIE. T. IV. N° 45. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 7 NOVEMBRE 1896.

Le Progrès Médical (Numéro des Étudiants)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'internat des hôpitaux de Paris.

Le *Concours* est la base du recrutement du *personnel médical* de l'Assistance publique de Paris depuis les modestes fonctions de l'externat jusqu'aux fonctions de médecin des hôpitaux, en passant par celles de médecin des bureaux de bienfaisance et de l'internat (1). C'est de celui-ci seulement que nous voulons nous occuper aujourd'hui. Nous y sommes convié par les discussions dont cette institution a été l'objet cette année et celles dont sa réorganisation doit être prochainement l'objet.

Avant la Révolution, les médecins et chirurgiens, chefs des services hospitaliers, étaient nommés directement par l'Administration et choisissaient eux-mêmes les élèves, soit externes, soit internes, les premiers en nombre illimité, les seconds au nombre de treize seulement, un premier interne et douze internes ordinaires, tous investis de leurs fonctions pour un temps indéterminé (2). Bien que cet état de choses se soit maintenu durant toute la période révolutionnaire, jusqu'à l'arrêté qui a institué l'internat à peu près tel qu'il est encore, la question du concours avait déjà été posée par Guignard, conseiller-administrateur (3), pour la nomination des gagnans-maîtrise de l'Hôtel-Dieu. Après avoir exposé les inconvénients qui résultaient de la nomination directe, Guignard s'exprimait ainsi :

« Comment remédier à ces inconvénients? C'est en substituant un autre mode d'admission à celui que nous venons d'exposer. Quel est ce mode? Celui qui a été consacré depuis longtemps par les Sociétés de savants et d'artistes, celui qui a toujours élevé aux places l'homme de mérite; en un mot, le Concours public. Il est bien étonnant que cette forme qu'on suit dans presque tous les hôpitaux civils ait été négligée dans l'Hôtel-Dieu de Paris, que nous pouvons regarder comme le plus grand hôpital du Royaume. Le concours est, sans doute, le plus puissant moyen pour enflammer l'émulation, et conséquemment pour développer le germe des talents. L'étudiant qui voit assez près de lui la récompense attachée au travail, redouble de zèle; il cherche à acquérir des lumières, il orne son esprit; il exerce son génie; en un mot, il fait tout ce qui est en lui pour se distinguer et se rendre digne de cette récompense qui doit être décernée au mérite. Voilà les avantages inappréciables que produit le Concours. Doit-on négliger un moyen aussi grand, quand il s'agit de placer des hommes qui doivent remédier aux maux de leurs semblables et qui, dans bien des cas, peuvent disposer de leur existence? »

Le but du « Département des pauvres », en approuvant le concours, était d'être utile aux malades en fournissant aux chefs de service des aides offrant des garanties sérieuses. Douze ans plus tard, l'arrêté du 4 ventôse an IX (23 février 1802), instituait l'internat. Le rapporteur de la Commission qui avait été chargé d'étudier la réorganisation du service de santé, s'exprimait ainsi sur la question qui nous occupe :

« Persuadé de cette vérité, que c'est dans les hospices, et en y prenant une part active au traitement des malades, que s'acquièrent les connaissances en l'art de guérir, la commission, dit le rapporteur, ne saurait trop s'appliquer, d'une part, à attirer dans cette voie le plus grand nombre d'élèves possible, d'une autre part, à rechercher les moyens de fortifier leurs études et d'accroître leur émulation. En conséquence, elle confirme la division des élèves en externes et internes, deux degrés dont on n'atteindra le second qu'après avoir franchi le premier; décide que les fonctions des deux ordres seront temporaires; soumet les uns comme les autres au principe du concours; et enfin, fonde des prix destinés aux plus méritants parmi ces élèves d'élite. »

(1) Voir p. 369. — (2) *Ann. de l'internat*, avant-propos, p. 5.
(3) *Mém. sur l'avantage du concours pour les places de gagnans-maîtrise en chirurgie de l'Hôtel-Dieu de Paris*, lu au Département des hôpitaux le 7 octobre 1790.

Les fonctions des internes qui les mettent en contact permanent avec les chefs de service pendant la visite du matin, qui les obligent à prendre les observations des malades, à faire une contre-visite du soir, qui, les jours de garde, les mettent à chaque instant aux prises avec les difficultés les plus sérieuses de la pratique médicale ont pour résultat de faire que les internes qui, pendant les quatre années de l'internat, auront rempli strictement leurs devoirs, ont acquis des connaissances scientifiques et pratiques qui les placent dans des conditions tout à fait avantageuses pour l'exercice de la profession médicale.

« Comme l'avaient espéré ses créateurs, l'Internat, ont écrit en 1869 les commissaires chargés de l'élaboration de l'*Annuaire*, est devenu de suite et est resté toujours une excellente école de savoir et de dévouement professionnels, où la jeunesse puise à la fois le besoin et le goût des études sérieuses où se développent le sens pratique, l'esprit d'observation et d'application, en même temps que les sentiments d'humanité et de moralité; où l'on n'entre que par l'étude, où l'on ne se soutient honorablement que par le travail, d'où l'on ne sort qu'avec l'habitude et le désir de bien faire. C'est grâce à cette institution que s'est formée et que se renouvelle sans cesse, pour le bien et la gloire du pays, cette phalange d'hommes instruits, éclairés, courageux et dévoués, qui, sur tous les points du territoire, dans les hôpitaux, dans les bureaux de bienfaisance, dans les conseils d'hygiène, dans les Facultés et dans les écoles, vont porter leurs lumières et leur dévouement.»

Depuis sa création, l'internat n'a pas subi de changements essentiels, au point de vue professionnel. Il n'en est pas de même sous le rapport matériel. Nous ignorons quel était le taux de l'indemnité accordée à l'origine aux internes. Mais elle était depuis longtemps la même (1) lorsque, à la fin de l'année 1881, nous avons pu, avec l'aide de quelques-uns de nos amis, obtenir du Conseil municipal, une amélioration qui était parfaitement justifiée. Voici en quoi elle consiste et comment nous l'avons motivée :

« Dans les détails de l'article premier du sous-chapitre 6 (service de santé) du budget figure un crédit de 161,800 francs pour les indemnités « élèves ». Les « élèves » comprennent deux catégories, les *externes* et les *internes* (en médecine) des hôpitaux. Les internes sont nommés pour quatre ans; ils reçoivent 500 francs la première et la seconde année; 600 francs la troisième année et 700 francs la quatrième. Votre Commission a pensé que le temps était venu d'augmenter ces indemnités et de les répartir de la façon suivante :

Première	année	au lieu de	500 fr.	600 francs.
Deuxième	—	—	500 »	700 »
Troisième	—	—	600 »	800 »
Quatrième	—	—	700 »	1,000 »

(1) Dans le règlement du 26 août 1839 qui reproduit la plupart des articles de l'arrêté du 4 ventose an X, les traitements ou mieux les indemnités des internes étaient fixés ainsi qu'il suit : élèves internes en médecine de 1re année, 400 fr.; de 2e, 3e et 4e année, 500 fr. — Internes en pharmacie de 1re année, 400 fr.; de 2e, 3e et 4e année, 600 fr. On voit que ceux-ci étaient mieux partagés que les internes en médecine.

« Les services rendus par les internes en médecine sont de la nature de ceux qu'on ne paie pas, mais nous avons pensé que, en raison du renchérissement de toutes les choses nécessaires à la vie, il était convenable d'élever dans une certaine proportion les indemnités qui leurs sont allouées. De plus, en vous proposant une augmentation de 100 fr. pour les internes de première année, de 200 fr. pour les internes de deuxième et de troisième année et de 300 fr. pour les internes de quatrième année, la Commission a tenu compte des services rendus et des sacrifices faits par les internes qui, continuant à remplir leurs fonctions jusqu'à la fin de leur quatrième année, assurent à nos malades des soins de plus en plus judicieux. Cette augmentation graduelle permettra à des internes sans fortune de poursuivre leurs travaux et accroîtra le nombre des candidats aux places de médecins, de chirurgiens, d'accoucheurs et de médecins aliénistes des hôpitaux et contribuera à accroître la réputation justement méritée du corps médical des hôpitaux.

« En nous appuyant sur les chiffres qui nous ont été fournis par l'Administration, nous vous demandons un crédit supplémentaire de 28,900 francs. Il va de soi que l'Administration devra veiller plus que jamais à ce que le service soit fait régulièrement. La Commission est persuadée, d'ailleurs, que les internes, reconnaissants des sacrifices faits par la Ville, tant par cette augmentation de leur indemnité que par les subventions accordées à leurs bibliothèques, feront encore mieux que par le passé.

« Votre Commission avait pensé à demander pour tous les internes en médecine la *nourriture en nature*. En la leur accordant, on ne ferait pas une innovation. En effet, les internes des asiles non seulement sont nourris, mais, de plus, ils ont une indemnité annuelle de 800 francs dès la première année. Toutefois, cette question nécessitant une étude approfondie, votre Commission a pensé qu'il convenait d'inviter l'Administration à l'examiner et à vous donner son appréciation lors du projet du budget de 1883 (1). »

L'accès de l'internat est difficile. Le nombre des candidats est considérable. Le nombre des inscrits était cette année de 565; le nombre des copies déposées de 311 pour 45 places. Nous n'entrerons pas dans le détail des conditions imposées pour ce concours; on les trouvera plus loin (p. 323). Nous nous bornerons à faire remarquer que, à Lyon, les épreuves, limitées à deux pour Paris, sont de quatre. Cette multiplicité des épreuves, difficile à introduire à Paris par suite de la multitude des candidats, a de réels avantages, car elle permet à des candidats laborieux, défavorisés à l'une des épreuves, de se relever et d'arriver.

Les internes ne connaissent pas exactement le règlement administratif qui les concerne. Aussi surgit-il de temps en temps entre eux et les directeurs des établissements hospitaliers des conflits qu'on éviterait souvent si chaque interne, à sa nomination, recevait un exemplaire de ce document. D'ailleurs, en raison de son antiquité, il exige des modifications. M. Peyron l'a reconnu, et il a eu l'heureuse idée d'inviter les internes en médecine à lui soumettre un projet pouvant l'aider dans l'élaboration d'un nouveau règlement plus en harmonie avec les besoins et les mœurs actuels. Les internes ont nommé des délégués qui ont rédigé un projet dont nous allons passer en revue les différents articles, en nous servant des notes qui ont été publiées dans différents journaux.

« I. — Tout candidat convaincu de fraude dans les épreuves du concours de l'internat sera exclu pour *toujours* des différents emplois de l'Assistance publique. Le président du jury *sera tenu* de signaler à M. le directeur général les noms des candidats qui se seront rendus coupables de manœuvres frauduleuses. »

La mesure sévère réclamée dans cet article a été inspirée par des sentiments d'honnêteté et de justice qu'on est heureux de voir conservés par la jeunesse. Elle se justifie aussi par ce fait que le concurrent coupable cherche à se substituer à un concurrent plus laborieux et honnête, puisque le nombre des places est limité. Qu'une fraude soit commise au baccalauréat, qu'un bachelier de plus soit nommé, bien que l'acte soit toujours blâmable, il n'a pas de répercussion fâcheuse sur un autre candidat. Toutefois, l'exclusion absolue, et dans tous les cas, est peut-être trop rigoureuse, d'autant plus que l'ajournement à un an sera souvent définitif, par suite des obligations du service militaire.

« II. La date de l'entrée dans les services sera désormais une date fixe qui ne pourra être changée et qui sera choisie de façon à ne pouvoir être à la merci du plus ou moins de durée du concours. Cette date sera fixée au 1er mars. »

Dès lors qu'on ne croit plus possible de terminer le concours pour la fin de décembre, ce qui se pouvait naguère et coïncidait avec le commencement de l'année et de l'exercice budgétaire, la date du 1er mars paraît bien choisie. En tout cas, les internes ont parfaitement raison de demander une *date fixe*.

« III. — Pour conserver à l'institution de l'*internat* son caractère, en même temps que pour assurer les soins à donner aux malades, les internes croient qu'il est nécessaire de continuer à les loger à l'hôpital. Ils demandent que l'Administration mette à leur disposition des chambres convenables et éloignées autant que possible des salles de malades. Ils réclament aussi le maintien des *bibliothèques* à l'hôpital. »

Sur le premier paragraphe, nous n'avons aucune objection à faire. L'internat ne peut exister sérieusement et rendre les services qu'on en attend qu'à la condition que les internes soient logés dans les établissements et que l'Administration prenne les mesures nécessaires pour les y retenir, leur en rendre le séjour confortable et fructueux. L'intérêt des malades l'exige d'autant plus qu'on a supprimé les postes de médecin et de chirurgien résidents, qui avaient pourtant leur raison d'être. Qu'un accident grave survienne, l'interne de garde ne suffit pas au chirurgien ou à l'accoucheur appelés d'urgence : il leur faut plusieurs aides. On les trouvera toujours si les internes sont logés à l'hôpital.

Les internes réclament, et avec raison, des logements convenables et éloignés des salles de malades. Si, dans quelques hôpitaux, ils ont de bonnes installations, dans beaucoup d'autres, ils sont logés dans des conditions médiocres ou même mauvaises. Cette question a été discutée souvent dans ce journal. Connaissant par expérience la situation, nous avons voulu indiquer quel était, suivant nous, le programme que devait adopter l'Administration pour donner satisfaction à de légitimes réclamations.

Ce programme, nous l'avons fait réaliser à l'hôpital Saint-Antoine, après de vives discussions, malgré l'Administration de l'époque, grâce à l'appui du Conseil municipal (1). « Vous avez fait faire, nous disait un peu ironiquement le Pr Bouchardat, le *Palais des Internes* à l'hôpital Saint-Antoine. » Non pas un palais, mais un *pavillon isolé*, autant que le permettait la situation, avec des logements modestes, convenables pour employer leur expression, avec une salle à manger suffisamment vaste, une bibliothèque et un salon. C'est un pavillon analogue que nous voudrions voir construire dans tous les établissements mal partagés ou à créer et que nous réclamons depuis près de vingt ans, sans succès, pour Bicêtre, où les logements des internes sont

(1) Bourneville. — *Rapport sur le projet du budget spécial de l'Assistance publique pour* 1882. (Conseil municipal, 12 décembre 1881).

(1) *Rapport sur la construction d'un bâtiment pour loger les internes en médecine de l'hôpital Saint-Antoine*, 1882, n° 36.

non seulement incommodes et mal placés, mais encore insalubres.

La part que nous avons prise à la création des *bibliothèques médicales* des hôpitaux et à leur développement nous conduit naturellement à donner notre entière approbation au second paragraphe de l'article que nous examinons. Des bibliothèques bien entretenues, des *laboratoires communs*, un par hôpital (1), constituent d'excellents moyens pour retenir les internes dans les hôpitaux, puisqu'ils leur fournissent sans déplacement des éléments puissants d'instruction.

« IV. — Les internes, afin de rentrer dans la légalité qui veut que l'exercice de la médecine n'appartienne qu'aux docteurs en médecine, demandent à être autorisés à passer leur thèse et, par conséquent, à jouir de tous les droits conférés par la loi aux docteurs en médecine ou à être autorisés par M. le Préfet de la Seine à exercer la médecine en vertu de l'art. 6 de la loi du 30 nov. 1892 (2). »

Nous avons soutenu déjà l'idée exprimée dans cet article. Nous n'avons pas trouvé, dans les polémiques qui ont eu lieu à cet égard, de motifs valables pour modifier notre opinion. Docteurs ou non, les internes ont le devoir de remplir intégralement les obligations qui leur incombent. C'est à l'Administration de veiller à ce que tous, chefs de services et internes, s'acquittent de leurs fonctions avec l'exactitude et le zèle qui sont de rigueur quand il s'agit de malades.

V. — Les internes demandent enfin que le chapitre des peines disciplinaires soit modifié. Ils voudraient que la gradation en soit ainsi établie : 1° blâme ; 2° suspension temporaire du traitement ; 3° suspension temporaire des fonctions ; 4° radiation. Cette dernière peine ne pourrait être prononcée que pour une faute grave compromettant l'honneur du coupable, et par un jury composé de deux membres du Conseil de surveillance et d'un interne désigné à cet effet par ses collègues. »

Ce sont à peu près les peines disciplinaires édictées par le vieux règlement. En ce qui concerne la radiation, qui pourrait être nécessaire pour d'autres fautes que celles qui entachent l'honneur, nous estimons que les internes ont bien fait de réclamer que cette grave mesure n'ait son effet qu'après l'avis d'un jury où l'internat serait représenté.

La réalisation des différentes réformes que nous venons d'exposer rapidement, possible sinon immédiatement, du moins dans un délai assez court, modifierait avantageusement au point de vue scientifique et au point de vue matériel la situation des internes. Ce serait pour eux un nouveau motif de redoubler de dévouement envers les malades, de zèle envers leurs chefs.

L'internat jouit d'une réputation méritée par des services bientôt séculaires. Elle ne doit pas être diminuée. Les internes trouvent d'habitude pour les aider, dans leurs revendications, un appui sympathique dans la *Presse*. Ils ont un intérêt capital à le conserver. Aujourd'hui, la presse s'occupe plus que jamais de ce qui se passe dans les hôpitaux. Il ne faut pas lui donner matière à critique. Aussi nos jeunes collègues doivent-ils se souvenir que les manifestations les plus joyeuses de leur ardente jeunesse ont pour limite le respect des malades, auxquels ils prodiguent généreusement leurs soins dévoués, souvent leur santé, parfois leur vie.

BOURNEVILLE.

(1) *Rapport sur la réinstallation du service des morts à l'hôpital Laënnec*, 1883, n° 37, p. 19.

(2) ART. 6 — Les internes des hopitaux et hospices français. nommes au concours ou munis des inscriptions, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie, ou à titre de remplaçants de docteurs en medecine ou d'officiers de santé. Cette autorisation délivrée par le préfet du département est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions. » — C'est sur notre initiative, comme membre de la Commission parlementaire chargée de préparer le projet de loi que cet article a été introduit dans la loi.

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE SCOLAIRE 1896-1897.

1er Trimestre de l'Année scolaire 1896-97.

Les Cours du Semestre d'Hiver auront lieu dans l'ordre suivant à partir du 3 Novembre 1896.

I. *Cours.* — *Chimie appliquée à la médecine* : M. GAUTIER. Applications de la chimie générale à la médecine. Mardi, jeudi, samedi, à midi (Grand Amphithéâtre) — *Anatomie:* M. FARABEUF. Abdomen et bassin. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre). — *Histologie* : M. MATHIAS-DUVAL. Les épithéliums et les glandes. La peau et les organes des sens. Les muqueuses. Le foie. Le rein. Les éléments de la génération. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre). — *Pathologie médicale* : M. DEBOVE. Maladies de l'appareil digestif. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre). — *Anatomie pathologique* (fondation Dupuytren) : M. CORNIL. Anatomie pathologique des organes de la circulation et de la respiration. Lundi, vendredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre). Mercredi, à 2 heures (Ecole pratique). — *Histoire de la Médecine et de la Chirurgie* (fondation Salmon de Champotrau) : M. LABOULBÈNE. Histoire des découvertes en médecine et en chirurgie; bibliographie et biographie médicales. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre). — *Thérapeutique* : M. LANDOUZY. Des indications thérapeutiques et des médications au cours des affections de l'appareil respiratoire (phtisie pulmonaire). Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Physiologie* : M. RICHET. Fonctions de nutrition, de reproduction et de relation. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Conférences de Médecine légale* : M. BROUARDEL. Conférences de médecine légale. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue). — *Pathologie expérimentale et comparée* : M. STRAUS. La bactériologie dans ses applications à la médecine; technique bactériologique; principales maladies bactériennes communes à l'homme et aux animaux. Lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures (Amphithéâtre du Laboratoire de pathologie expérimentale, à l'Ecole pratique). — *Pharmacologie et matière médicale* : M. POUCHET. Etude des modificateurs du système nerveux : I. Antispasmodiques. — II. Modifications du système nerveux périphérique. — III. Modificateurs névro musculaires. — IV. Sédatifs et stimulants de l'action nerveuse. Excisateurs et modérateurs réflexes. — V. Modificateurs Intellectuels. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Amphithéâtre de pharmacologie). — *Pathologie chirurgicale* : M. LANNELONGUE (M. RICARD, agrégé suppléant). Bassin et organes génito-urinaires de l'homme et de la femme. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

II. *Cliniques* (Visite tous les matins). — *Cliniques médicales* : MM. POTAIN, à la Charité, mardi et samedi, à 10 heures. JACCOUD, à la Pitié, mardi et samedi, à 9 h. 1/2. HAYEM, à l'hôpital Saint-Antoine, mardi, jeudi et samedi, à 10 h. DIEULAFOY, à l'Hôtel-Dieu, mercredi et samedi, à 1 heure. — *Cliniques chirurgicales* : MM. DUPLAY, à l'Hôtel-Dieu, mardi et vendredi, à 9 h. 1/2. LE DENTU, à l'hôpital Necker, mardi et vendredi, à 9 h. 1/2. TILLAUX, à la Charité, lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2. BERGER, à la Pitié, lundi et vendredi, à 9 h. 1/2. — *Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale* : M. JOFFROY, à l'asile clinique (Ste-Anne), mercredi et samedi, à 9 h. 1/2. — *Clinique des maladies des enfants* : M. GRANCHER (M. MARFAN, agrégé, chargé de cours), à l'Hôpital des Enfants-Malades, mardi et samedi, à 4 heures. — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées* : M. FOURNIER, à l'hôpital Saint-Louis, mardi et vendredi, à 9 h. 1/2. — *Clinique des maladies du système nerveux* : M. RAYMOND, à la Salpêtrière, mardi et vendredi, à 10 heures. — *Clinique ophtalmologique* : M. PANAS, à l'Hotel Dieu, lundi et vendredi, à 9 heures. — *Clinique des maladies des voies urinaires* : M. GUYON, à l'Hôpital Necker, mercredi et samedi, à 9 heures. — *Cliniques d'accouchements* : M. TARNIER, à la Clinique d'accouchements, rue d'Assas, mardi et samedi, à 9 heures. M. PINARD, à la Clinique d'accouchements, clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal, lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures.

III. *Conférences.* — *Pathologie interne* : M. F. WIDAL, agrégé. Maladies du cœur et des vaisseaux. Lundi, mercredi et vendredi, à 6 heures (Grand Amphithéâtre). — *Pathologie externe* : M. LEJARS, agrégé. Chirurgie des membres. Mardi, jeudi et samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre). — *Obstétrique* : M. BONNAIRE, agrégé. La grossesse ; accouchement normal ; suites de couches normales et pathologiques ; soins à donner aux nouveau-nés ; pathologie de la grossesse. Lundi, mercredi et vendredi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre). — *Anatomie* : M. POIRIER, agrégé. Système nerveux central. Mardi, jeudi et samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Maladies de la peau* : M. GAUCHER, agrégé. Difformités cutanées. Dermatoses hypertrophiques et tumeurs de la peau. Dimanche, à 10 h. 1/2 (à l'hôpital Saint-Louis). — *Hygiène* : M. NETTER, agrégé. Etiologie et prophylaxie des maladies transmis-

sibles; tuberculose, lèpre, maladies communes à l'homme et aux animaux. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre). — *Médecine légale*: M. THOINOT, agrégé. Attentats à la pudeur. Viol, Infanticide. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. (Petit Amphithéâtre).

IV. *Travaux pratiques.* — *Anatomie* : M. POIRIER, agrégé, chef des Travaux anatomiques. Dissection; démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. Tous les jours, de 1 heure à 4 heures (Ecole pratique). — *Chimie biologique* : M. HANRIOT, agrégé, chef des Travaux. Manipulations de chimie biologique; conférences et démonstrations. Mardi, jeudi et samedi, de 8 heures à 10 h. 1/2 (Ecole pratique). — *Anatomie pathologique* : M. BRAULT, chef des Travaux. Exercices pratiques d'anatomie pathologique; conférences et démonstrations. Tous les jours, à 2 heures (Laboratoire des travaux d'anatomie pathologique). (Des affiches spéciales feront connaître la date de l'ouverture des Travaux pratiques.)

V. *Division des Etudes.* — 1° *Ancien régime* (décret du 20 juin 1878 : Doctorat; — Décret du 1er août 1883 : Officiat). — *Première année* : Chimie médicale, physique médicale, histoire naturelle médicale, histologie. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : chimie, physique, histoire naturelle et histologie. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : chimie, physique, histoire naturelle.

Deuxième année : Anatomie, histologie, physiologie, pathologie interne, pathologie externe. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : anatomie. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

Troisième année : Anatomie, histologie, physiologie, anatomie et histologie pathologiques, pathologie interne, pathologie externe, opérations et appareils, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, cliniques médicale et chirurgicale.— Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : stage hospitalier, anatomie. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

Quatrième année : Pathologie interne, anatomie pathologique, pathologie et thérapeutique générales, pathologie expérimentale pathologie externe, opérations et appareils, hygiène, médecine légale, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, accouchements et maladies des femmes, cliniques médicale et chirurgicale, clinique obstétricale, cliniques spéciales, histoire de la médecine et de la chirurgie. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : stage hospitalier, anatomie pathologique. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

2° *Nouveau régime* (décret du 31 juillet 1893) — *Première année* : Anatomie, histologie, physiologie, chimie biologique. — Travaux pratiques obligatoires : chimie biologique, dissection.

Deuxième année : Anatomie, histologie, pathologie externe, cliniques médicale et chirurgicale. — Travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier, dissection.

Troisième année : Pathologie interne, pathologie externe, médecine opératoire, accouchements, anatomie pathologique, histoire naturelle médicale (parasitologie), cliniques médicale et chirurgicale. — Travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier, anatomie pathologique, parasitologie (parasites animaux et végétaux), chimie pathologique.

Quatrième année : Thérapeutique, hygiène, médecine légale, pharmacologie, matière médicale, botanique, cliniques médicale et chirurgicale, cliniques spéciales, clinique obstétricale, chimie et physique appliquées à l'hygiène et à la thérapeutique, histoire de la médecine et de la chirurgie. — Travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier spécial, stage obstétrical, chimie clinique. — Travaux pratiques facultatifs : matière médicale botanique, matière médicale chimique, matière médicale pharmaceutique, bactériologie.

Cinquième année. — Travaux pratiques facultatifs : matière médicale botanique, matière médicale chimique, matière médicale pharmaceutique, bactériologie.

Les etudiants inscrits avant le 1er octobre 1895 suivent l'ancien régime d'etudes: ceux inscrits à partir du 1er octobre 1895 suivent le nouveau regime d'etudes.

VI. — *Renseignements.* — Le *Musée Orfila* et le *Musée Dupuytren* sont ouverts aux élèves tous les jours, de 11 heures à 4 heures. — La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de 11 heures du matin à 6 heures de l'après-midi et tous les soirs, de 7 h. 1/2 à 10 h. 1/2.

Réorganisation des Etudes médicales.

(*Décret du* 31 *juillet* 1893).

1. Les études en vue du doctorat en médecine durent quatre années. Elles peuvent être faites : pendant les trois premières années, dans une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie ; pendant les quatre années, dans une Faculté de médecine, dans une Faculté mixte de médecine et de pharmacie, ou dans une Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie.

2. Les aspirants au doctorat en médecine doivent produire, pour prendre leur première inscription, le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

3. Ils subissent cinq examens et soutiennent une thèse.

4. Les examens portent sur les matières suivantes :

Premier examen. Anatomie, moins l'anatomie topographique. Epreuve pratique de dissection. — Deuxième examen. Histologie; physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique. — Troisième examen. Première partie : Médecine opératoire et anatomie topographique. Pathologie externe ; accouchements. Deuxième partie : Pathologie générale, parasites animaux, végétaux ; microbes. Pathologie interne ; épreuve pratique d'anatomie pathologique.— Quatrième examen. Thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, pharmacologie, avec les applications des sciences physiques et naturelles. — Cinquième examen. Première partie : Clinique externe. Clinique obstétricale. Deuxième partie : Clinique interne.— Thèse sur un sujet au choix du candidat.

5. Le premier examen est subi entre la sixième et la huitième inscription ; le second, entre la huitième et la dixième ; le troisième, entre la treizième et la seizième ; le quatrième et le cinquième après la seizième.

6. Les notes obtenues par les candidats, soit aux travaux pratiques, soit aux interrogations, soit dans les services cliniques où ils ont été régulièrement admis comme stagiaires, sont communiquées aux examinateurs par les soins du doyen. Il en est tenu compte pour le résultat de l'examen.

7. Les étudiants inscrits dans les Ecoles de plein exercice et dans les Ecoles préparatoires réorganisées subissent le premier et le second examen devant l'Ecole à laquelle ils appartiennent.

8. Le jury est présidé par un professeur de Faculté délégué par le Ministre. Immédiatement après les épreuves, le président du jury adresse au Ministre un rapport sur les résultats des examens.

9. Les sessions d'examen ont lieu, dans les Ecoles de plein exercice et dans les Ecoles préparatoires réorganisées, deux fois par an, aux dates fixées par le Ministre.

10. Les étudiants inscrits dans les Ecoles préparatoires non réorganisées subissent le premier et le second examen devant une Faculté aux époques fixées par l'article 5. En cas d'ajournement, ils sont tenus de se représenter devant la même Faculté.

11. Les travaux pratiques de dissection, de laboratoire et le stage près les hôpitaux sont obligatoires. Le stage près les hôpitaux est de trois ans au moins. Il doit comprendre un stage d'au moins un trimestre dans un service obstétrical. Un arrêté ministériel fixera la durée des travaux de dissection et des autres travaux pratiques.

12. Les quatrième et cinquième examens et la thèse doivent être subis devant la même Faculté.

13. Les présentes dispositions seront mises à exécution à dater du 1er novembre 1895. Les aspirants inscrits avant cette époque subiront leurs examens conformément au décret du 20 juin 1878. Ils devront, en se faisant inscrire, justifier soit du baccalauréat ès lettres, soit du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et du baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique.

Division des Etudes.

1° *Cours.* — Première année. Hiver. Anatomie, histologie, physiologie, chimie. — Eté. Anatomie, histologie, physiologie, physique, propédeutique.

Deuxième année. Hiver. Anatomie, histologie, pathologie externe, cliniques médicale et chirurgicale. — Eté. Histologie, physiologie, physique, chimie, pathologie interne, cliniques médicale et chirurgicale.

Troisième année. Hiver. Pathologie interne, pathologie externe, pathologie expérimentale et comparée, médecine opératoire (1), accouchements, anatomie pathologique, histoire naturelle médicale (parasitologie), cliniques médicale et chirurgicale. — Eté. Pathologie interne, pathologie externe, accouchements, anatomie pathologique, pathologie générale, cliniques médicale et chirurgicale.

Quatrième année. Thérapeutique, hygiène, médecine légale, pharmacologie, matière médicale botanique, cliniques médicale et chirurgicale, cliniques spéciales, clinique obstétricale.

Conférences de chimie, physique (appliquées à l'hygiène et à la thérapeutique). Histoire de la médecine et de la chirurgie.

2° *Travaux Pratiques. Stage.* — Hiver. Première année. Matin, chimie biologique. Soir, dissection. — Eté. Première année. Matin, physique. Soir, histologie et physiologie.

Hiver. Deuxième année. Matin, stage. Soir, dissection. — Eté. Deuxième année. Matin, stage. Soir, physique et chimie biologiques, histologie, physiologie.

(1) En réalité, depuis 1896, le cours de Médecine opératoire a lieu l'*été*.

Hiver. Troisième année. Matin, stage. Soir, anatomie pathologique, parasitologie (parasites animaux et végétaux), douze séances de chimie pathologique. — Eté. Troisiéme année. Matin, stage. Soir, médecine opératoire (ligatures et opérations), anatomie pathologique.

Hiver. Quatriéme année. Matin, stage spécial, stage obstétrical. — Eté. Quatriéme année. Matin, stage spécial, stage obstétrical. Soir, stage obstétrical (*suite*), douze séances de travaux de chimie clinique. Facultatifs: matières médicales botanique, chimique et pharmaceutique, bactériologie.

Hiver et Eté. Cinquième année. Facultatifs: matières médicales, botanique, chimique et pharmaceutique, bactériologie, etc., etc.

Travaux pratiques.

Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs suivant les cas déterminés pages.

Les droits afférents à ces travaux sont soldés lors de la prise de l'inscription trimestrielle, quand il s'agit de travaux pratiques obligatoires. Ils font l'objet d'un versement particulier quand il s'agit de travaux pratiques facultatifs.

Ces travaux ont lieu aux époques et dans les conditions indiquées par affiches spéciales.

Aux termes du règlement du 29 décembre 1879, les travaux pratiques ont lieu d'après un programme préparé par le professeur et approuvé par une commission composée des professeurs à l'enseignement desquels les exercices pratiques obligatoires sont afférents.

Les travaux pratiques, dont la durée est annuelle, commencent dans la deuxième quinzaine d'octobre et se terminent dans la première quinzaine de juillet.

Les travaux pratiques du semestre d'hiver commencent dans la deuxième quinzaine d'octobre et se terminent le 15 mars.

Les travaux pratiques du semestre d'été commencent le 15 mars et se terminent dans la première quinzaine de juillet.

Les jours et les heures des exercices pratiques sont arrêtés par le Doyen de la Faculté, d'accord avec le professeur.

Les travaux pratiques sont placés sous la haute direction des professeurs à l'enseignement desquels ils se rattachent.

Chaque professeur est secondé dans cette tâche par un chef des travaux et par les auxiliaires attachés à son enseignement. Le chef des travaux et les auxiliaires sont nommés pour un an. Le chef des travaux, sous la haute direction du professeur, est chargé de diriger et de surveiller les exercices des élèves; il est secondé par les auxiliaires qui lui sont subordonnés.

Les éléves qui doivent prendre part aux travaux pratiques sont inscrits sur une liste spéciale pour chaque service.

Cette liste, certifiée exacte par le secrétaire de la Faculté, est transmise par le doyen au chef des travaux.

Il est délivré à chaque éléve inscrit une carte d'admission aux travaux pratiques. Nul ne peut être admis s'il n'est porteur de cette carte attestant qu'il a acquitté les droits prescrits. Les élèves sont tenus de prendre part aux travaux pratiques aux jours et heures prescrits par le règlement intérieur. La présence des élèves est constatée par le chef des travaux qui fait l'appel au commencement de chaque séance d'exercices. Il est tenu compte des absences sur un registre spécial.

L'inscription trimestrielle n'est délivrée que sur la certification, par le chef des travaux, du travail et de l'assiduité de l'élève aux travaux pratiques. Il est pris note, au dossier scolaire de l'élève, du nombre de ses présences et de ses absences aux travaux pratiques, pour fixer les jurys d'examen. Au sujet des absences non justifiées, le doyen prend telle mesure que de droit.

Les peines qui peuvent être prononcées sont l'*avertissement* pour deux absences; la *réprimande* pour quatre absences et le *refus de l'inscription trimestrielle* pour six absences dans le courant d'un trimestre.

Nous avons vu plus haut comment est composée la commission chargée de la surveillance des travaux pratiques. Cette commission est présidée par le Doyen, et le Secrétaire de la Faculté en est le Secrétaire. Elle se réunit dans la première semaine de chaque trimestre; elle donne son avis sur toutes les question se rattachant aux travaux pratiques; elle provoque les réformes et améliorations susceptibles.

I. — *Travaux pratiques de dissection et de médecine opératoire.* — Par application du réglement du 30 décembre 1878, l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris est dirigée, sous l'autorité du Doyen, par le chef des travaux anatomiques.

Les travaux exécutés dans les pavillons de cette école sont de deux ordres et se succèdent de la manière suivante:

1° Travaux d'anatomie pendant le semestre d'hiver;

2° Exercices de médecine opératoire pendant le semestre d'été.

Le chef des travaux anatomiques exerce une surveillance générale sur les travaux des élèves; il visite les pavillons pendant les heures d'études. Les prosecteurs et les aides d'anatomie lui sont subordonnés. Il délivre les certificats de dissection.

Le chef des travaux anatomiques fait, pendant la saison d'hiver, un cours d'anatomie, après s'être concerté sur le sujet des leçons avec le Professeur d'Anatomie.

Les travaux pratiques de dissection sont obligatoires pour les élèves de deuxième et troisiéme année (ancien régime) et pour les élèves de premiére et deuxième année (nouveau régime).

Ils commencent dans la seconde quinzaine d'octobre et finissent dans la première quinzaine d'avril.

Les pavillons de dissection sont ouverts de 1 heure à 4 heures, excepté les dimanches et fêtes.

Nul n'est admis dans les pavillons s'il n'est muni d'une carte spéciale, attestant qu'il a acquitté les droits réglementaires. Cette carte est personnelle.

Le Secrétaire de la Faculté est chargé de faire verser les droits et de délivrer les cartes d'entrée dans les pavillons. Les étudiants admis dans les pavillons sont divisés en deux catégories; les *débutants* et les *vétérants*. Les uns et les autres, groupés par séries de cinq éléves, sont placés dans des pavillons distincts. Ils sont dirigés dans leurs travaux par les prosecteurs et les aides d'anatomie.

Les *débutants* ne sont admis à disséquer dans les pavillons qu'après avoir subi un examen d'*ostéologie* devant le chef des travaux anatomiques.

Pour mettre les débutants en état de subir cet examen, des démonstrations d'ostéologie sont faites, pendant le premier mois de la saison, par le personnel enseignant de l'école pratique.

Les chefs de pavillon (1) et les aides d'anatomie font une démonstration quotidienne d'anatomie, d'après un programme donné par le chef des travaux anatomiques.

Ils remettent au chef des travaux anatomiques des notes individuelles sur l'assiduité et le travail des élèves confiés à leur direction.

L'assiduité des élèves est constatée par chacun des aides, sur un carnet visé chaque jour par le chef de pavillon (1).

L'inexactitude sans excuse et prolongée peut être un motif de radiation de l'élève.

La distribution des sujets est faite sous la surveillance du chef des travaux anatomiques ou d'un prosecteur délégué par lui.

Des cours pratiques et successifs d'*opérations chirurgicales*, suivies d'*exercices de médecine opératoire*, ont lieu pendant le semestre d'été dans les pavillons de l'école pratique.

Les exercices de médecine opératoire sont également obligatoires pour les étudiants de quatriéme année (ancien régime) et pour les étudiants de troisième année (nouveau régime).

Ils sont dirigés par le chef des travaux anatomiques et le personnel enseignant de l'école pratique.

En raison de la grande affluence des élèves qui s'est montrée ces années dernières à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, les pavillons de l'Ecole pratique sont devenus insuffisants pour contenir tous les travailleurs.

La Faculté a donc dû chercher à améliorer les études anatomiques de ses élèves, et, à cet effet, elle s'est entendue, en 1895, avec l'Administration de l'Assistance publique, pour qu'un certain nombre de ses éléves soient admis à faire leurs études anatomiques obligatoires dans les pavillons de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

Le nombre des élèves que la Faculté peut envoyer à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, est actuellement de deux cents pour le semestre d'hiver.

Pendant le semestre d'été, la Faculté peut également envoyer à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux deux séries d'élèves pour y suivre les exercices de médecine opératoire.

La présence des élèves de la Faculté à l'Amphithéâtre d'Anatomie des hôpitaux est constatée suivant un mode de contrôle identique à celui de l'école pratique, le 15 décembre et le 15 mars, pour le semestre d'hiver, et le 15 juin pour le semestre d'été.

Il est adjoint au personnel enseignant de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, pour être attachés spécialement au service des pavillons affectés aux élèves de la Faculté de Médecine, deux aides d'anatomie.

De sorte que, à partir du 1er novembre 1896, le classement des élèves de la Faculté dans les pavillons de dissection de l'école pratique et de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux aura lieu de la manière suivante:

1° *Vétérans.* Les étudiants de deuxième année de dissection seront appelés et classés dans les pavillons de la Faculté et de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, d'après la note obtenue pendant la première année de dissection.

(1) Chaque pavillon est placé sous la surveillance immédiate d'un prosecteur, qui prend le titre de chef de pavillon.

Seront convoqués d'office, pour le choix des pavillons, les étudiants qui ont pris, en juillet 1896, à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, la 8e (ancien régime d'études, 1878) ou la 4e inscription (nouveau régime d'étude, 1893).

Sont invités à demander, par écrit, leur inscription avant le 15 octobre 1896, les étudiants qui seraient en cours irrégulier d'études, et qui n'auraient pas disséqué pendant deux semestres, — ou qui auraient pris la 8e ou la 4e inscription dans une Faculté ou Ecole des départements — le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque étudiant, du 15 au 20 octobre.

2° *Débutants.* Les étudiants de première année de dissection seront classés et convoqués d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté.

Ceux d'entre eux qui appartiendraient à l'ancien régime d'études demanderont, par écrit, leur inscription, après avoir pris la cinquième inscription.

Personnel des Travaux Pratiques.

Chimie. — *Chef des travaux* : M. Hanriot, agrégé. — *Préparateur* : M. Hébert; — *Préparateurs adjoints* : MM. Rabaut, Reynaud, Bousquet, Griveau.

Physique. — *Chef des travaux* : M. Weiss, agrégé. — *Préparateurs* : MM. Sandoz et Mergier.

Histoire naturelle. — *Chef des travaux* : M. N.... — *Préparateurs* : MM. N..., N... et N... — *Préparateur-stagiaire* : M. N...

Histologie. — *Chef des travaux* : M. A. Rémy, agrégé. — *Préparateurs* : MM. Launois et Chatellier. — *Aides* : MM. Morau, Martin-Dürr, Thérèse, Benoit, Vincent, Maugery, Bernard, Leclere, Morin, Bellan, Mulon et N...

Anatomie. — *Chef des travaux* : M. Poirier. — *Prosecteurs* : MM. Guillemain, Souligoux, Delbet (Paul), Glantenay, Bouglé, Auvray, Riche et Marion. — *Aides d'anatomie titulaires* : MM. Robineau, Baudet, Baraduc, Savariaud, Fredet, Lapointe, Pasteau, Courtillier, Cunéo, Gosset, Ombrédanne, Brin, Le Far. — *Délégué dans les fonctions* : MM. Lenoir et Lardennois. — *Chef du matériel* : M. Delahousse.

Physiologie. — *Chef des travaux* : M. Laborde. — *Laboratoire de* M. le Pr Richet, Charles : M. Langlois, chef de laboratoire; M. Héricourt, chef adjoint. — *Travaux pratiques* : M. Rondeau, chef adjoint; M. Malbec, préparateur; Weil, préparateur adjoint.

Anatomie pathologique. — *Chef des travaux* : M. Brault. — *Laboratoire de* M. le professeur Cornil : M. Chantemesse, chef de laboratoire; M. Toupet, préparateur. — *Travaux pratiques* : *Préparateur*, M. Widal; *Moniteurs* : MM. Legry, Critzman, Marie et Potier.

Stage Hospitalier.

Classement des stagiaires. — Extrait du décret relatif au stage hospitalier et aux cliniques annexes de la Faculté de médecine de Paris (20 novembre 1893).

Article premier. — Tous les étudiants en médecine feront un stage dans les hôpitaux de Paris, dont la durée ne sera pas inférieure à trois années. Les étudiants accompliront ce stage pendant leurs deuxième, troisième et quatrième années d'études. Pendant les deux premières années de stage, les élèves seront attachés aux services généraux de médecine et de chirurgie. Pendant la troisième année, les élèves seront nécessairement attachés, pendant un trimestre, aux services d'accouchement. Ils devront, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et de la syphilis, aux maladies mentales, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires.

Art. 2. — Les élèves stagiaires seront répartis par groupes de vingt dans les services affectés à l'enseignement.

Art. 3. — Chacun des groupes de stagiaires sera composé d'élèves appartenant à une même année de stage.

Art. 4. — Pendant toute la durée de cet enseignement, l'élève devra être exercé individuellement à la recherche des signes, des symptomes des maladies. Ils devra prendre part personnellement à l'examen des malades.

Art. 5. — Les services affectés à l'enseignement pendant les deux premières années de stage sont : 1° les services de clinique générale de la Faculté de médecine; 2° des services pris parmi ceux qui sont dirigés par des medecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux généraux.

Les services affectés à l'enseignement pendant la troisième année sont. 1° les chaires d'accouchement et de clinique spéciale de la Faculté de médecine; 2° des services pris parmi ceux qui sont consacrés aux accouchements et aux specialités dans les divers établissements hospitaliers. M. le Directeur de l'Assistance publique désignera, dans les différents hopitaux, le nombre des services dirigés par des médecins, chirurgiens et accoucheurs, qui, dans chaque hôpital, sera affecté à cet enseignement.

Art. 6. — Les médecins, chirurgiens et accoucheurs qui désireront être chargés de l'enseignement des stagiaires adresseront leur demande, avant le 15 juin, à M. le directeur de l'Assistance publique.

Celui-ci convoquera une commission composée : pour la Faculté de médecine, de quatre membres, le doyen et trois professeurs délégués par la Faculté; pour l'Assistance publique, de quatre membres, le directeur et trois membres du Conseil de surveillance, dont le représentant des médecins des hôpitaux et le représentant des chirurgiens. Le directeur présidera la Commission; en cas de partage, la voix du président sera prépondérante. Le directeur soumettra à la Commission le projet de répartition des services dans les différents hôpitaux, la liste des demandes adressées par les médecins, chirurgiens et accoucheurs. Le doyen de la Faculté indiquera le nombre des élèves soumis au stage. La Commission dressera une liste de présentation comprenant pour chaque place deux noms, si cela est possible. Cette liste sera adressée à M. le Ministre de l'Instruction publique, qui nommera les médecins, chirurgiens et accoucheurs chargés de ces cours.

Art. 7. — L'enseignement durera du 1er décembre au 15 juin. Les titulaires des cours seront nommés pour trois ans. Les élèves seront répartis de façon qu'ils passent trois mois dans un service de médecine et trois mois dans un service de chirurgie. Le professeur donnera, à la fin du cours, des notes sur le travail de chaque élève. Ces notes seront transmises, par les soins du Directeur de l'Assistance publique, au Doyen de la Faculté pour être jointes au dossier de l'élève.

Art. 8. — Il recevra de l'Etat une indemnité annuelle de 3,000 fr. Aucuns frais ne résulteront pour l'Assistance publique de cet enseignement.

Art. 9. — La répartition des élèves dans les cliniques de la Faculté et dans les services désignés par la Commission sera établie à la Faculté par son doyen. Au moment où leur nom sera appelé, les élèves de troisième année de stage désigneront le service d'accouchements dans lequel ils désirent faire leur stage, ainsi que l'époque de ce stage, puis le ou les services spéciaux qu'ils veulent suivre, et, pour le reste du temps, le ou les services généraux auxquels ils désirent être attachés. Les stagiaires de deuxième année seront, de préférence, répartis dans les hôpitaux du centre; les stagiaires de première année dans les hôpitaux excentriques. La liste de répartition sera transmise à M. le Directeur de l'Assistance publique, qui délivrera les cartes d'entrée dans les hôpitaux aux élèves.

Art. 10. — Les élèves internes et externes des hôpitaux, qui, pendant la durée de leur service hospitalier, n'auraient pas été attachés à un service d'accouchement devront faire un stage dans un de ces services, ou, s'ils le préfèrent, ils seront admis à accomplir un stage de deux mois à la clinique Baudelocque, de 10 heures du soir à 8 heures du matin.

Art. 11. — La Commission établira dans quelles conditions les spécialités pourraient être enseignées dans l'après-midi, de façon à faciliter cette période de stage et les études de la cinquième année de médecine, en combinant les heures de façon à ne pas entraver les exercices pratiques exigés par la Faculté pendant la même période scolaire.

Art. 12. — Si l'Assistance publique autorise la création de cours libres payés directement par les élèves, les chefs de service qui pourraient être appelés à siéger dans les jurys d'examens de la Faculté ne recevront pas cette autorisation.

Classement des stagiaires. — Les stagiaires sont répartis par année (art. 3 et 9 du decret du 20 novembre 1893)), et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties, ou s'il y a eu échec; — pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions. Les élèves en cours irrégulier d'études seront classés les derniers. C'est dans le même ordre que les stagiaires sont appelés à choisir les services dans lesquels ils désirent faire le stage. *Une lettre de convocation individuelle est adressée aux stagiaires.* Aucune exception à cette règle n'est admise. Les titulaires d'enseignement devront s'abstenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d'intervention du chargé de l'enseignement. Le choix des services a lieu dans la première quinzaine de novembre, pour le trimestre de décembre à février inclus, et dans la première quinzaine de février, pour le trimestre de mars à mi-juin. Les listes des stagiaires seront arrêtées le 15 novembre et le 15 février, pour être immédiatement transmises au Directeur de l'Assistance publique. Ceux qui n'y seraient pas inscrits ne pourraient pas prendre d'inscriptions. L'inscription de janvier est délivrée au stagiaire qui a été régulièrement inscrit et classé; — l'inscription d'avril n'est délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de décembre à février inclus; —

l'inscription de juillet n'est délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de mars à mi-juin. L'enseignement devant durer du 1er décembre au 15 juin (art. 7) le stage commencera irrévocablement le 1er décembre pour se continuer, sans interruption, jusqu'au 15 juin.

Le classement des stagiaires pour les mois de décembre 1896, janvier et février 1897, etc , aura lieu les 3, 5 et 6 novembre 1896, de 9 à 11 heures du matin, dans le Petit Amphithéâtre de la Faculté.

Sont inscrits d'office sur la liste des stagiaires, MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'année scolaire 1896-97, et qui auront pris l'inscription de juillet 1896 à la Faculté de Médecine de Paris (8e ou 12e). Sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, et avant le 1er novembre 1896, MM les étudiants, soumis au stage, qui n'auraient pas pris l'inscription de juillet 1896 (8e ou 12e), ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou Ecole des départements.

MM. les étudiants qui seront appelés sous les drapeaux en novembre 1896, ont été priés d'en informer le doyen, par écrit, avant le 1er novembre 1896.

Une lettre de convocation individuelle est adressée à chaque stagiaire (faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu).

Avis aux étudiants aspirants à l'officiat. — En vertu des règlements intervenus entre la Faculté et l'Assistance publique, MM. les étudiants en médecine, aspirants à l'officiat, ne sont pas compris dans le classement officiel des stagiaires. Ces étudiants se font inscrire au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique (avenue Victoria), sur la production d'un certificat de scolarité ou sur la présentation de leur feuille d'inscriptions : une carte leur est délivrée pour des services autres que ceux qui sont réservés aux stagiaires réguliers.

Inscriptions. Formalités à remplir.

I. *Inscription des élèves nouveaux.* — L'inscription des élèves nouveaux a lieu tous les jours, de midi à trois heures, au secrétariat de la Faculté, du 12 octobre au 15 novembre 1896.

La première inscription est délivrée sur la production des pièces suivantes : 1° Acte de naissance. 2° Consentement du père ou tuteur (Ce consentement doit indiquer le domicile du père ou du tuteur : la signature doit être légalisée. — La production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur). 3° Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie). 4° Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. 5° Certificat de revaccination faite sous le contrôle de la Faculté. Toutes ces pièces sont indispensables pour l'établissement du dossier scolaire.

II. *Dispositions générales relatives aux inscriptions* (Extrait du décret en date du 30 juillet 1883, fixant le régime des Cours dans les Facultés).

Art. 1er. — Un règlement préparé par la Faculté et approuvé par le Recteur fixe le délai pendant lequel reste ouvert le registre d'inscriptions à chaque trimestre. Les bacheliers reçus à la session de novembre, et les étudiants qui n'ont passé qu'en novembre les examens correspondant aux quatrième, huitième et douzième inscriptions, et les engagés conditionnels d'un an libérés à cette époque, sont admis à se faire inscrire après leur réception ou leur libération. Il leur est accordé, à cet effet, après leur libération ou leur réception, un délai qui ne peut dépasser huit jours. Le registre est clos par le Doyen et visé par le Recteur de l'Académie ou par son délégué.

Art. 2. — La première inscription doit être prise au commencement de l'année scolaire. L'Etudiant ne peut, en aucun cas, faire prendre ses inscriptions par un mandataire. En cas de maladie dûment constatée ou d'empêchement légitime, le Conseil de la Faculté peut accorder l'autorisation de prendre une inscription après la clôture du registre. Pour des motifs graves, le Conseil de la Faculté peut accorder l'autorisation de prendre les deux premières inscriptions *avant le* 15 *janvier*. Il n'est donné aucune suite aux demandes qui parviennent à la Faculté ou Ecole après le 1er janvier. En aucun cas, l'Etudiant ne peut commencer ses études après le 15 janvier. Aucune dispense ne sera accordée.

Art. 4. — L'Etudiant est tenu de déclarer, en s'inscrivant, sa résidence réelle, et, s'il vient à en changer, de faire une nouvelle déclaration. Toute fausse déclaration de résidence peut être punie de la perte d'une ou deux inscriptions. Cette peine est prononcée, sans recours, par la Faculté.

Art. 6. — Tout Etudiant, convaincu d'avoir pris une inscription pour un autre, encourt la perte d'une à quatre inscriptions ; s'il a toutes ses inscriptions, il est ajourné, pour les épreuves qui lui restent à subir, pour un temps qui ne peut excéder une année. Est passible de la même peine, l'Etudiant convaincu d'avoir fait prendre par une autre personne une inscription à son profit. La peine, dans ces différents cas, est prononcée sans recours par la Faculté à laquelle appartient l'Etudiant.

Art. 23. — Le dossier de l'élève d'un établissement d'enseignement supérieur qui veut passer d'une Faculté ou Ecole dans une autre Faculté ou dans une autre Ecole, en conservant le bénéfice des inscriptions qu'il a prises et des examens qu'il a subis, doit contenir : 1° Son acte de naissance ; 2° Un certificat de scolarité, délivré par le Doyen ou le Directeur de l'Ecole et visé par le Recteur ; ce certificat mentionne en particulier la situation scolaire inscriptions, examens, notes, ajournements, stage, travaux pratiques, etc. Ce dossier est transmis par les soins du Recteur. En cas de refus du Doyen ou du Directeur de délivrer le certificat, le Ministre statue après enquête.

Changement d'établissement. — Dispositions spéciales à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris. (*Circulaire du* 24 *janvier* 1896). « Monsieur le Recteur, l'article 23 du décret du 30 juillet 1883 détermine la procédure à suivre en ce qui concerne le transfert des dossiers des étudiants qui veulent passer d'une Faculté ou Ecole dans une autre en conservant le bénéfice des inscriptions qu'ils ont prises et des examens qu'ils ont subis.

Mon attention a été très particulièrement appelée sur les graves inconvénients qui résultent de l'application de ces dispositions lorsqu'il s'agit d'étudiants transférés à la Faculté de Médecine de Paris au cours de l'année scolaire, c'est-à-dire au moment où le stage est complètement organisé et alors que tous les étudiants sont distribués dans les divers services hospitaliers.

La section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, saisie de la question, a été d'avis qu'il était indispensable de remédier aux inconvénients signalés et a proposé dans ce but d'adopter les mesures ci-après, savoir :

1° Les demandes de transfert présentées en vue d'une nouvelle année scolaire devront être produites assez à temps pour que le transfert des dossiers des étudiants puisse avoir lieu avant le 15 octobre ;

2° Les demandes de transfert formées au cours de l'année scolaire seront soumises à un double avis : celui de la Faculté ou Ecole que l'étudiant veut quitter, celui du Doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

Dans le cas ou l'étudiant ou sa famille n'accepterait pas la suite donnée à sa demande, il en serait référé à mon administration.

J'ai l'honneur de vous informer que j'ai adopté cet avis, et, je vous prie de vouloir bien donner des instructions nécessaires à MM. les Doyens et Directeurs des Facultés et Ecoles de Médecine de votre ressort académique pour la mise en vigueur, à dater de ce jour, des mesures proposées par la section permanente. »

Art. 27. — Tout Etudiant qui, sans motif jugé valable par la Faculté, néglige pendant deux ans de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve, perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès. La décision est prononcée, sans appel, par la Faculté.

Revaccination (Extrait de l'arrêté du 5 janvier 1891). — Arrêté : Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, le Conseil de l'Instruction publique entendu, arrête :

Art. 1er. Les aspirants au grade de docteur en médecine ne seront admis à s'inscrire dans les Facultés, Ecoles supérieures, Ecoles de plein exercice et Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie que sur la production d'un certificat constatant qu'ils ont été soumis à une revaccination faite sous le contrôle de la Faculté ou Ecole. Les Facultés et Ecoles détermineront les conditions de ce contrôle.....

Le Conseil de la Faculté de médecine de Paris a décidé que la revaccination aurait lieu : 1° à l'Académie de médecine, 41, rue des Saints-Pères ; 2° à l'Institut de médecine animale, 8, rue Ballu. Pour se présenter dans ces établissements, des bulletins individuels de revaccination obligatoire seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à trois heures.

Inscriptions, consignations et travaux pratiques.

1er *Trimestre de l'Année scolaire* 1896-1897.

I. *Inscriptions.* — Les inscriptions seront délivrées, pendant l'année scolaire 1896-97, dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 3 heures : 1er *trimestre* 1896-97 : 1° Inscriptions de 1re année (voir l'affiche spéciale) ; 2° inscriptions de 2e, 3e et 4e années, du 7 octobre au 7 novembre 1896 (excepté les lundis et mardis). 2e *trimestre* 1896-97 : Les inscriptions des quatre années seront délivrées du 6 au 28 janvier 1897 inclus (excepté les lundis et mardis). 3e *trimestre* 1896-97 : 1° Inscriptions de 1re année du 24 au 27 mars inclus ; 2° inscriptions de 2e, 3e et 4e années, en avril : les 2 et 3 ; du 7 au 10 et du 26 au 29 inclus. 4e *trimestre* 1896-97 : 1° Inscriptions de 2e, 3e et 4e années (officiat), le 24 juin ; 2° inscriptions de 1re année (doctorat), en juillet : les 2 et 3 ; 3° inscriptions de 2e, 3e et 4e années (doctorat), du 7 au 10 et du 12 au 20 juillet inclus. L'entrée des pavillons de dissection et des labora-

toires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles, aux dates ci-dessus indiquées. MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté. MM. les étudiants sont priés de déposer, deux jours à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté : il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription. — *Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux.* MM. les étudiants internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'internes et d'externes pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur. Les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

II. *Cartes d'étudiants.* — Les cartes d'étudiants, pour l'année scolaire 1896-97, seront délivrées, contre la remise de la carte précédente, au secrétariat de la Faculté : 1° au moment de la prise de l'inscription pour les étudiants entrant en 2e, 3e et 4e années; 2° les lundis et mardis pour les étudiants ayant 16 inscriptions. MM. les étudiants, qui désireraient la carte avec photographie, feront coller la photographie au verso de cette carte, qu'ils présenteront ensuite au guichet n° 4, les lundis et mardis, de midi à 3 heures, pour apposition du cachet de la Faculté.

III. *Travaux pratiques.* — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont énumérés aux affiches générales des cours de chaque semestre (MM. les étudiants sont priés de consulter ces affiches qui paraissent vers le 15 octobre et le 15 février). Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante. Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à condition d'y être autorisés par M. le doyen sur leur demande écrite : 1° Les étudiants de 5e année (ancien régime), de 4e et de 5e années (nouveau régime); 2° les étudiants en cours irrégulier d'études; 3° les docteurs français; 4° les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté. L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire. Les droits sont de 40 fr., payables en une fois.

IV. *Stage hospitalier.* — Le classement des stagiaires pour l'année scolaire 1896-97 (du 1er décembre 1896 au 15 juin 1897) aura lieu les 3, 5 et 6 novembre 1896, de 9 à 11 heures du matin, dans le Petit Amphithéâtre de la Faculté. Les stagiaires ne changeront pas de service au mois de mars 1897. Seront inscrits d'office sur la liste des stagiaires, MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'année scolaire 1896-97, et qui auront pris l'inscription de juillet 1896 à la Faculté de Médecine de Paris; savoir : 8e ou 12e (régime de 1878), 4e (régime de 1893). Sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, et avant le 15 octobre 1895, MM. les étudiants, soumis au stage, qui n'auraient pas pris d'inscription en juillet 1896 (comme il est indiqué ci-dessus), ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou Ecole des départements (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre). MM. les étudiants qui seront appelés sous les drapeaux en novembre 1896 sont priés d'en informer le doyen, par écrit, avant le 15 octobre 1896. Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque stagiaire (faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu).

Des affiches spéciales feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques et les conditions d'admission à ces travaux. MM. les étudiants recevront une lettre de convocation individuelle.

Consignations pour examens qui se passent en sessions. — I. *Ancien régime.* — 1er examen de doctorat : 1° Session d'octobre 1896 : Seront admis tous les candidats pourvus de 4 inscriptions non périmées, les consignations seront reçues les 5 et 6 octobre 1896, la session aura lieu du 19 au 31 octobre 1896. — 2° Session de janvier 1897 : Seront seuls admis les élèves-docteurs ayant échoué en juillet et en octobre 1896. La 5e et la 6e inscriptions seront délivrées en janvier 1897, aux étudiants qui auront subi cet examen avec succès, à la condition d'avoir fait les travaux pratiques de dissection en novembre et décembre 1896, et acquitté les droits réglementaires (40 francs.) Les consignations seront reçues les 21 et 22 décembre 1896, la session aura lieu du 4 au 16 janvier 1897, 3° session de juillet 1897 ; Seront admis tous les candidats pourvus de 4 inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les 14 et 15 juin 1897, la session aura lieu du 5 au 13 juillet 1897. Session de mars 1897 : Seront admis tous les candidats pourvus de 4 inscriptions non périmées, les consignations seront reçues les 14 et 15 juin 1897, la session aura lieu du 5 au 13 juillet 1897. — 2e examen (1re partie) : Session de mars 1897 : Seront admis tous les candidats pourvus de 10 inscriptions au moins non périmées, ayant disséqué pendant deux semestres, les consignations seront reçues les 27 février, 1er, 8 et 9 mars 1897, la session commencera le 16 mars. — Examens de fin d'année (officiat) : 1° Session d'octobre 1896 : Seront seuls admis les élèves officiers de santé ayant échoué au mois de juillet 1896 et ceux pourvus d'une autorisation spéciale du conseil de la Faculté, les consignations seront reçues les 5 et 6 octobre 1896, la session aura lieu du 19 au 31 octobre 1896 ; 2° Session de juillet 1897 : Seront seuls admis les candidats ayant, au moment de l'examen, 4, 8 ou 12 inscriptions non périmées, les consignations seront reçues les 14 et 15 juin 1897, la session commencera le 28 juin 1897.

N. B. MM. les élèves officiers de santé sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année ; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du conseil de la Faculté.

II. *Nouveau Régime.* — 1er examen de doctorat. Session de mars 1897 : Seront admis les candidats, pourvus de 6 inscriptions, ayant disséqué pendant deux semestres ; les consignations seront reçues les jeudis 4 et 11 mars 1897 ; la session commencera le 16 mars 1897.

MM. les candidats ajournés au 2e examen de doctorat (1re partie), ancien régime, et au 1er examen de doctorat, nouveau régime, sont informé que : 1° les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 14 juin). 2° Les épreuves orales seront renouvelées : à partir du 14 juin, pour les candidats ayant échoué après le 16 mai ; A partir du 1er juillet, pour les candidats ayant échoué avant le 16 mai et avant le 30 mai. Les candidats ajournés avant le 16 mai consigneront les 24, 25, 31 mai, et 1er juin inclusivement dernier délai ; les candidats ajournés après le 16 mai et avant le 30 mai consigneront les 14 et 15 juin inclusivement dernier délai. Ils sont tenus de déclarer, en s'inscrivant, la date exacte de leur échec. — N. B. En se présentant au secrétariat (guichet n° 3) pour consigner, MM. les étudiants devront être munis de leur feuille d'inscriptions.

Limites des consignations pour examens qui ne se passent pas en sessions. — I. Les consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues les lundis et mardis, de midi à 3 heures, du 5 octobre 1896 aux dates ci-après désignées : *doctorat* (ancien régime) 2e examen (1re partie), jusqu'au 9 mars 1897 ; toutefois, les élèves entrant en 3e année au mois d'octobre 1896 ne pourront consigner que les 27 février, 1er, 8, 9 mars 1897.) 2e Examen (2e partie), jusqu'au 6 avril 1897 ; 3e Examen (1re partie), jusqu'au 6 avril ; 3e Examen (2e partie), jusqu'au 11 mai 1897 ; 4e Examen (2e partie), jusqu'au 25 mai 1897 ; 5e Examen (1re partie) jusqu'au 15 juin 1897 ; (Le bulletin de versement des droits relatifs à cet examen ne sera délivré que lorsque le certificat de stage obstétricale sera parvenu à la Faculté.) 5e Examen (2e partie), jusqu'au 29 juin 1897 ; Thèse 6 juillet 1897. — *Officiat* : 1er Examen définitif, jusqu'au 9 mars 1897 ; 2e Examen définitif, jusqu'au 6 avril 1897 ; 3e Examen définitif, jusqu'au 29 juin 1897.

II. MM. les candidats ajournés avant le 30 mai 1897 sont informés que : 1° Les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 14 juin) ; 2° Les épreuves orales seront renouvelées : A partir du 14 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 16 mai ; A partir du 1er juillet, pour les candidats ayant échoué après le 16 mai et avant le 30 mai.

Les candidats ajournés avant le 16 mai consigneront les 24, 25, 31 mai et 1er juin inclusivement dernier délai, les candidats ajournés après le 16 mai et avant le 30 mai consigneront les 14, 15 juin, inclusivement dernier délai. Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec. MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées. Les élèves ajournés après le 30 mai à un examen, qu'elle qu'en soit la nature ne pourront plus se présenter avant les vacances. Passé le 6 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèse et ne signeront plus de manuscrits.

Liste des Prix de la Faculté de Médecine.

Prix Corvisart. — Tous les élèves de la Faculté sont appelés à concourir au prix d'encouragement fondé par M. le professeur Corvisart. Les élèves qui désireront concourir pour ce prix devront, au commencement de chaque année, se faire inscrire à cet effet dans l'une des cliniques internes (1). Le professeur désignera un ou plusieurs numéros de lits, et l'élève devra recueillir les observations de tous les malades qui y sont successivement admis. Une question de médecine pratique sera, au commencement de

(1) Cliniques médicales, des maladies mentales, des maladies des enfants, des maladies syphilitiques et cutanées, des maladies du système nerveux.

chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes; les élèves devront en chercher la solution exclusivement dans des faits qui se passeront sous leurs yeux dans les salles de la clinique.

Le 15 octobre 1895 au plus tard, chacun des concurrents a dû remettre au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies aux numéros des lits qui lui ont été désignés ; 2° la réponse à la question proposée. Un jury, dont les professeurs de cliniques feront nécessairement partie, sera chargé de présenter un rapport sur ses travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents qu'il jugera dignes d'obtenir des médailles. Le résultat du concours sera immédiatement transmis au Ministre de l'Instruction publique. Le prix consistera en médailles de vermeil, accompagnées d'une somme réglée comme il suit : Lorsqu'il y aura un seul lauréat, l'étudiant recevra une médaille de vermeil et une somme de 400 francs. Lorsqu'il y aura deux lauréats, chacun des étudiants recevra une médaille de vermeil et une somme de 200 fr.

Concours de 1896. La question proposée est : *Des insuffisances aortiques.*

Les mémoires ont dû être déposés, pour le concours de 1896, au Secrétariat de la Faculté le 15 octobre 1896, à 4 heures, dernier délai, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Montyon. — Le prix Montyon, qui consiste en une somme de 700 fr. payable en espèces; est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir. Ce prix peut être partagé entre deux candidats. Les mémoires des candidats ont dû être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre 1896, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Barbier. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 fr. à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Les travaux et les objets présentés ont dû être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre, dernier délai

Prix Chatauvillard. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Châteauvillard, née Sabatier, et de la valeur de 2,000 francs, est décerné chaque année, par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). — Ils sont reçus au Secrétariat de la Faculté, du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication. Les ouvrages portant le millésime de l'année même du concours seront déposés avant le 1er janvier.

Legs du baron de Trémont. — M. Joseph Girod de Vienney, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs, en faveur d'un étudiant distiugué et sans fortune. Par décret du 8 septembre 1858, M. le Doyen a été autorisé à accepter ce legs, au nom de la Faculté. Les candidats doivent se faire inscrire, avant le 1er septembre de chaque année, au Secrétariat de la Faculté. Ils devront produire : 1° une demande (timbre de 0 fr. 60) ; 2° toutes les pièces de nature à faire connaître leur situation de fortune et celle de leur famille.

Donation Faucher. — Par acte notarié, en date du 20 juillet 1894, Mme Alexandra-Vincentine-Sophie Wolowska, veuve de M. Léon-Joseph Faucher, a fait don à la Faculté de Médecine de Paris, d'une rente de 1,200 francs en 3 0/0, sur l'État français, pour les arrérages être employés, chaque année, à couvrir de leurs frais de scolarité, d'examen et de diplôme, ainsi que des frais d'impression de la thèse, deux étudiants français et deux étudiants polonais. Par décret en date du 5 janvier 1895, M. le Doyen a été autorisé à accepter cette donation au nom de la Faculté. Pour participer à cette donation, qui sera attribuée par le Conseil de la Faculté, les candidats devront déposer au secrétariat de la Faculté, avant le 1er septembre de chaque année : 1° une demande (timbre de 0 fr. 60) ; 2° toutes pièces de nature à faire connaître leur situation de fortune et celle de leur famille ; 3° un document authentique établissant leur nationalité française ou polonaise. A l'ouverture de chaque année scolaire, et avant le 1er octobre, le Comité de la Bibliothèque polonaise dont le siège est à Paris, quai d'Orléans, n° 6, devra présenter à M. le Doyen une liste de candidats, sans que cette présentation puisse tendre à un autre but que celui d'établir la preuve de la réalisation de la condition de nationalité des étudiants polonais. Si ce Comité venait à se dissoudre ou à disparaître pour quelque cause que ce soit, la donatrice s'en remet à la Faculté de Médecine du soin de faire contrôler, par qui bon lui semblera, la nationalité des candidats polonais.

Prix Lacaze. — Aux termes du testament de M. le Dr Lacaze, un prix d'une valeur de 10,000 francs est accordé, *tous les deux ans*, au meilleur ouvrage sur la *phtisie* et sur la *fièvre typhoïde*, et ainsi de suite alternativement et à perpétuité. Ce prix ne peut être partagé. La Commission, chargée de décerner ce prix, se réunit au mois de novembre. A la fin de l'année 1896, il y aura lieu de décerner le prix Lacaze au meilleur ouvrage sur la *phtisie*.

Legs Jeunesse. — M. Jeunesse (Antony-Jean-Charles), par un testament en date du 27 février 1877, a légué à la Faculté de médecine de Paris : 1° une somme de 1,500 fr. pour la fondation d'un prix annuel destiné au meilleur ouvrage relatif à l'hygiène; 2° une somme de 750 fr. pour la fondation d'un prix biennal destiné au meilleur ouvrage relatif à l'histologie. En 1896, le prix relatif à l'hygiène sera seul distribué. Les mémoires des candidats doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre, à 3 heures, dernier délai.

Prix J. Saintour. — Par un testament en date du 16 novembre 1887, M. le Dr J. Saintour a légué, à la Faculté de médecine de Paris, une somme destinée à la fondation d'un prix qui portera son nom et dont le sujet sera, chaque année, désigné par la Faculté. Ce prix, qui est de 3,000 fr., a été décerné, pour la première fois, à la fin de l'année 1893. Le sujet mis au concours est : *Etude sur les accidents qui s'observent dans les lésions du corps thyroïde.* — Les mémoires doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre de chaque année, à 3 heures, dernier délai, sans désignation d'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Béhier. — Mme veuve Béhier a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 7 octobre 1889, une somme destinée à la fondation d'un prix biennal qui sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur une question de pathologie médicale. Ce prix, qui est de 1,800 francs, sera attribué en 1896. Le sujet proposé pour le concours est ainsi conçu : *Des troubles digestifs chez les cardiaques.* — Les mémoires devront être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 16 octobre 1896, à 3 heures, dernier délai, sans désignation d'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Legs Barkow. — Mme de Barkow, née Guibert, par un testament en date du 2 juillet 1828, a fait à l'Université un legs universel pour être employé à aider des jeunes gens pauvres à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable. Le revenu annuel est de 3,000 fr. ; il est affecté à l'entretien des bourses dans les établissements d'enseignement supérieur de Paris. Pour participer à ce legs, les candidats devront en faire la demande avant le 1er septembre : cette demande doit être accompagnée de toutes les pièces de nature à éclairer la Faculté sur la situation de fortune des postulants et celle de leur famille.

Legs Pelrin. — Par acte du 22 juin 1846, M. et Mme Pelrin ont institué en mémoire de Charles Pelrin, leur fils, des bourses destinées à assurer à des étudiants peu aisés le bienfait de l'enseignement supérieur. — *Conditions du Legs* : 1° Etre bachelier ès sciences ou ès lettres ; 2° Etre d'une conduite régulière et honnête ; 3° Annoncer des aptitudes pour l'enseignement supérieur ; 4° Appartenir à une famille peu aisée, domiciliée à Paris, depuis 5 ans au moins. Les candidats doivent adresser leur demande le 1er septembre : cette demande doit être accompagnée de toutes les pièces de nature à éclairer la Faculté sur la situation de fortune des postulants et celle de leur famille.

Thèses récompensées. — La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire, désigne à M. le Ministre celles qui paraissent dignes d'une récompense (médaille d'argent, médaille de bronze, mention honorable). Sont seules admises au concours les thèses ayant obtenu les notes *extrêmement satisfait* et *très satisfait.*

Bourses du Doctorat en médecine.

A. — Bourses de l'État. — Les bourses du doctorat en médecine sont données au concours pour une année. Les concours ont lieu au siège des Facultés.

Les épreuves du concours consistent en compositions.

Les candidats s'inscrivent au Secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Ils doivent être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit au plus. Ils désignent en s'inscrivant la Faculté à laquelle ils désirent être attachés, et joignent à cette déclaration les pièces énumérées dans l'article 2 du Règlement du 5 novembre 1877. (Ces pièces sont : 1° leur acte de naissance ; 2° leurs diplômes dans les sciences et dans les lettres ; 3° une note revêtue de leur signature et indiquant la profession de leur père, la demeure de leur famille, l'établissement ou les établissements dans lesquels ils ont fait leurs études, le lieu ou les lieux qu'ils ont habités depuis leur sortie des dits établissements ;

4° un certificat du chef ou des chefs des dits établissements constatant, avec une appréciation du caractère et de l'aptitude du candidat, l'indication des succès qu'il a obtenus dans le cours de ses classes, et des renseignements sur la situation de fortune de sa famille.)

Sont admis à concourir :

Régime de 1893. — Les candidats pourvus de 4 inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année. L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angéiologie.

Régime de 1878. — I. Les candidats qui ont subi avec la note *Bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. L'épreuve consiste : 1° En une composition de chimie. 2° En une composition de physique et d'histoire naturelle.—II. Les candidats pourvus de 8 inscriptions, qui ont subi avec la note *Bien* le premier examen probatoire et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de deuxième année. L'épreuve consiste : 1° En une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angéiologie). 2° En une composition d'histologie. — III. Les candidats pourvus de 12 inscriptions, qui ont subi avec la note *Bien* la première partie du second examen probatoire. L'épreuve consiste : 1° En une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie, anatomie des régions). 2° En une composition d'histologie et de physiologie. — IV. Les candidats pourvus de 16 inscriptions, qui ont subi avec la note *Bien* la deuxième partie du second examen probatoire. L'épreuve consiste : 1° En une composition de médecine. 2° En une composition de chirurgie. Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions. La valeur de chacune des compositions est exprimée par un chiffre qui varie de 0 à 20.

Le concours a lieu annuellement dans la dernière semaine du mois d'octobre.

Les membres du Jury sont désignés, sur la proposition des Facultés, par le Ministre, qui détermine également les sujets des compositions écrites.

Immédiatement après la clôture du concours, le Recteur transmet au Ministre les propositions de la Faculté, en y joignant les compositions des candidats, les procès-verbaux où sont indiquées les notes données à l'examen oral et le classement des compositions de l'épreuve écrite. Cet envoi sera complété par les pièces justificatives ci-dessus mentionnées. Ces documents sont soumis à l'examen du Comité consultatif de l'Enseignement public, qui dresse une liste générale des candidats par ordre de mérite.

Tout boursier qui voudra obtenir une nouvelle bourse devra subir les épreuves du concours correspondant à l'année d'étude dans laquelle il doit entrer. Chaque boursier sera l'objet d'un rapport spécial sur son assiduité aux cours et aux exercices pratiques.

Les candidats qui justifient de la mention *Bien* au Baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres, philosophie) et d'un minimum de 75 points au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles pourront obtenir, sans concours, une bourse de doctorat en médecine de première année.

B.— Bourses municipales de médecine. — *Arrêté du Préfet de la Seine portant règlement pour l'attribution des bourses allouées à la Faculté de médecine de Paris.* — Le Préfet de la Seine, Vu la délibération en date du 28 décembre 1887, par laquelle le Conseil municipal de Paris a voté un règlement fixant le mode d'emploi des subventions allouées par la ville de Paris aux Facultés de droit et de médecine, et à l'Ecole supérieure de pharmacie de cette ville ; Vu le règlement adopté par le Conseil municipal de Paris en date du 1er août 1884 et approuvé par arrêté préfectoral en date du 17 septembre suivant, pour la répartition des bourses municipales fondées à la Faculté de droit ; Vu les lois du 18 juillet 1837 et du 24 juillet 1867 ; Vu le décret du 25 mars 1852 ; Sur le rapport de l'inspecteur d'académie, directeur de l'enseignement primaire du département de la Seine, arrête : *Art.* 1er. Est approuvée la délibération susvisée du Conseil municipal de Paris en date du 28 décembre 1887. — *Art.* 2. En conséquence, est adopté le règlement dont le texte suit pour l'emploi de la subvention allouée par la Ville de Paris à la Faculté de droit, à la Faculté de médecine et à l'Ecole supérieure de pharmacie.

Règlement. — *Art.* 1. Une subvention municipale de 6.000 fr., renouvelable chaque année, est accordée à la Faculté de médecine de Paris. — *Art.* 2. Cette subvention est applicable : 1° Principalement à la fondation de bourses d'études de douze cents francs chacune ; 2° Exceptionnellement à la fondation de bourses de voyages à l'étranger, dont le montant est fixé dans chaque cas particulier par décision spéciale du Conseil municipal. — *Art.* 3. Ces bourses ne peuvent être accordées qu'aux élèves nés soit à Paris, soit au moins dans le département de la Seine, ou dont les parents y sont domiciliés depuis cinq ans au moins. A égalité de titres, elles sont attribuées de préférence au candidat dont la famille y est domiciliée depuis plus longtemps.

I. Bourses d'études. — *Art.* 4. Elles ont pour objet de venir en aide aux jeunes gens qui n'ont pas les ressources nécessaires pour développer leur instruction. Elles sont réservées, en principe, à des élèves ayant suivi les cours de la Faculté depuis un an au moins et ayant obtenu des notes satisfaisantes aux examens de l'année précédente ; exceptionnellement, une fraction de bourse pourra être accordée à des élèves de 1re année. Les bourses ou fractions de bourses sont accordées pour un an, par le Conseil municipal, sur la proposition de la Faculté, après avis du Préfet. Elles pourront être renouvelées. — *Art.* 5. Le montant des bourses est ordonnancé au nom du doyen de la Faculté qui le remet au bénéficiaire par fraction d'un quart, au début de chaque trimestre de l'année scolaire ; cependant, en ce qui concerne le premier trimestre de l'année scolaire, en raison de la date de réouverture des cours et des délais nécessités par l'instruction des demandes, la fraction correspondante peut être payée à l'expiration de ce trimestre, en même temps que celle du deuxième trimestre.

II. Bourses de voyage. — *Art.* 6. Les bourses de voyage se divisent en bourses de voyage d'études, accordées aux aspirants au doctorat et en bourses de voyage de recherches, accordées, sur le vu d'un programme, aux docteurs reçus depuis moins de quatre ans. Les unes et les autres sont accordées sur la proposition de la Faculté et sur l'avis du Préfet de la Seine par le Conseil municipal, qui en fixe le montant. — *Art.* 7. Au retour de leur voyage, les titulaires d'une bourse de voyage de recherches doivent consigner dans un rapport les résultats de leurs études sur les matières du programme arrêté par le Conseil municipal. Les titulaires de bourses de voyage d'études devront également adresser un rapport sur leurs travaux. Ces rapports seront transmis au Conseil municipal avec les observations de la Faculté. — *Art.* 8. Le montant des bourses de voyage est ordonnancé au nom du doyen de la Faculté qui le remet, en une seule fois, au bénéficiaire au moment de son départ.

III. Instruction des demandes.—*Art.* 9. Les demandes de bourses seront déposées par les candidats au secrétariat de la Faculté avant le 15 nov. Elles doivent être transmises, avant le 15 décembre, à M. le Préfet de la Seine qui les soumet, avec son avis, au Conseil municipal. — *Art.* 10. Toutes les demandes déposées doivent être transmises chacune accompagnée d'un avis spécial. La Faculté propose tous les candidats qui lui paraissent dignes d'une bourse ; elle indique pour eux ses préférences. — *Art.* 11. A la liste de présentation sont joints les dossiers des candidats. Chacun de ces dossiers comprend nécessairement les notes, renseignements, indication des travaux précédemment exécutés par les élèves, etc., de nature à éclairer le Conseil sur la situation de fortune et le mérite des candidats. En ce qui concerne les bourses de voyage de recherches, les dossiers des candidats doivent contenir, en outre, les programmes rédigés par les élèves et dont il est question à l'art. 6 ci-dessus. — *Art.* 12. Le Conseil municipal, sur le vu des propositions et des justifications qui lui sont soumises, dresse la liste des élèves auxquels est accordée une bourse d'étude, décide s'il y a lieu d'accorder des bourses de voyage, et fixe, dans ce cas, le montant de la somme affectée aux dites bourses et les élèves qui doivent en bénéficier. — *Art.* 13. Aucune bourse ne peut être accordée au nom de la Faculté de droit, de la Faculté de médecine et de l'Ecole supérieure de pharmacie en dehors des propositions de la Faculté ou Ecole. — *Art.* 14. Le Secrétaire général de la Préfecture et l'inspecteur d'académie, directeur de l'enseignement primaire de la Seine, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, d'assurer l'exécution du présent arrêté.

Formalités à remplir pour obtenir le grade de Docteur en médecine.

§ 1. — *Inscriptions.* — *Tout étudiant, qui se présente pour prendre sa première inscription est tenu de déposer :* 1° Son acte de naissance ; 2° s'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur : ce consentement doit indiquer le domicile du père ou du tuteur (la signature est légalisée) ; 3° certificat de revaccination faite sous le controle de la Faculté ; 4° les diplômes exigés par les règlements. Ces diplômes sont les suivants :

Baccalauréat de l'enseignement secondaire classique avec la mention : Lettres-Philosophie, et certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Il est également tenu de déclarer, en s'inscrivant, sa résidence réelle, et, s'il vient à en changer, de faire par écrit une nouvelle déclaration, soit au doyen, soit au secrétaire. Toute fausse déclaration peut être punie de la perte d'une ou deux inscriptions.

Le nombre des inscriptions pour le doctorat est de seize, représentant les quatre années d'études exigées. Ces inscrip-

tions sont prises une à une tous les trois mois, pendant la première quinzaine de chaque trimestre. Les dates précises sont annoncées par voie d'affiches ; elles sont également publiées dans les journaux médicaux et les principaux journaux politiques. La première inscription est prise fin octobre et dans les premiers jours de novembre ; la seconde en janvier, la troisième en avril, la quatrième en juillet, la cinquième en octobre ou novembre, et ainsi de suite.

Les bacheliers reçus à la session de novembre sont admis à se faire inscrire après leur réception : il leur est accordé, à cet effet, après leur réception, *un délai qui ne peut dépasser huit jours.*

En cas de maladie dûment constatée ou d'empêchement légitime, le Conseil de la Faculté peut accorder l'autorisation de prendre une inscription après la clôture du registre. Pour des motifs graves, le Conseil de la Faculté peut accorder l'autorisation de prendre les deux premières inscriptions avant le 15 janvier. *Il n'est donné aucune suite aux demandes qui parviennent à la Faculté après le 1er janvier.*

En aucun cas, l'étudiant ne peut commencer ses études après le 15 janvier. Aucune dispense n'est accordée. L'étudiant ne peut faire prendre ses inscriptions par mandataire; aucune exception n'est admise.

Tout étudiant convaincu d'avoir pris une inscription pour un autre encourt la perte d'une à quatre inscriptions ; s'il a toutes ses inscriptions, il est ajourné, pour les épreuves qui lui restent à subir, pour un temps qui ne peut excéder une année. Est passible de la même peine l'étudiant convaincu d'avoir fait prendre par une autre personne une inscription à son profit.

Quand, pour un motif grave, un étudiant n'a pu prendre ses inscriptions aux époques réglementaires, il peut être autorisé à les prendre rétroactivement. A cet effet, il adresse une demande motivée au doyen qui, selon le cas, la soumet au Conseil de la Faculté ou la transmet, avec son avis, et celui de la Faculté, à l'autorité supérieure.

Equivalences et Dispenses de grades. — Les *licenciés dans l'ordre des sciences* peuvent obtenir, en vue du doctorat en médecine, des dispenses de grades dans les conditions prévues par la circulaire du 28 octobre 1895, ci-après :

« Monsieur le Recteur, un certain nombre de licenciés ès sciences physiques ou ès sciences naturelles demandent chaque année la dispense des grades requis pour les études médicales.

Ces grades ou titres sont aujourd'hui le baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. La dispense du premier sera accordée dans les mêmes conditions que par le passé.

Quant au second, la section permanente saisie par moi de la question a estimé que les garanties en vue desquelles il a été institué ne se trouvaient que partiellement dans l'une ou dans l'autre des licences ès sciences.

Sur la proposition, j'ai décidé que les licenciés ès sciences auxquels la dispense du baccalauréat classique aura été accordée en vue des études médicales seraient autorisés a postuler le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles dans les conditions suivantes :

Les *licenciés ès sciences physiques* avec la dispense des épreuves de physique et de chimie.

Les *licenciés ès sciences naturelles* avec dispense des épreuves de zoologie et de botanique.

Tous avec dispense de scolarité.

En conséquence, les aspirants dont il s'agit seront admis à se présenter à la prochaine session de novembre.

Conformément a la jurisprudence constante, les dispenses seront accordées a titre onéreux. »

Les jeunes *Canadiens d'origine française,* sont admis, avec dispense du baccalauréat, à s'inscrire à la Faculté des Sciences de l'Université de Paris, en vue du certificat d'études physiques chimiques et naturelles, et, s'ils obtiennent ce titre, à la Faculté de Médecine en vue des études médicales.

Les *étrangers,* qui ont fait des études médicales dans les Universités de leur pays, peuvent obtenir l'équivalence au diplôme français du baccalauréat et une concession d'inscriptions variant suivant la nature et la durée des études faites dans leur pays.

Les *médecins* pourvus d'un *diplôme étranger* qui postulent le grade français de docteur en médecine peuvent obtenir dispense partielle des examens.

La dispense d'examens ne peut dans tous les cas porter sur plus de trois épreuves.

Relativement à l'exercice de la médecine, le diplôme du docteur est délivré aux étrangers dans les conditions prévues par la circulaire du 21 juillet 1896 ci-après :

« Monsieur le Recteur, j'ai l'honneur de porter a votre connaissance les mesures que j'ai décidées au sujet des étudiants en médecine étrangers.

Les services et laboratoires de nos Facultés de Médecine continueront de rester grands ouverts et sans condition aux médecins étrangers qui, leurs études terminées dans leurs pays respectifs, viennent en France pour se perfectionner dans telle ou telle branche de leur art.

Quant aux jeunes gens, chaque année plus nombreux, qui viennent de l'étranger en France, pour commencer et y poursuivre les études médicales, il y a lieu de distinguer entre ceux qui ont l'intention de s'établir en France pour y exercer la médecine et ceux qui se proposent, leurs études terminées, de retourner dans leur pays d'origine.

Pour les premiers, il est juste de les astreindre aux mêmes conditions que nos étudiants nationaux. Ils ne recevront donc le diplôme d'état conférant le droit d'exercer la médecine en France que si, au moment de leur première inscription, ils justifient du diplôme français de bachelier de l'enseignement classique (lettres-philosophie) et du certificat de sciences physiques, chimiques et naturelles.

Pour les autres, qui sont d'ailleurs de beaucoup les plus nombreux, il continuera de leur être accordé comme par le passé, et plus largement encore, dispense du baccalauréat français en vue de l'inscription dans les Universités; mais le diplôme qu'ils pourront recevoir à la fin du cours régulier des études ne leur conférera pas le droit d'exercer la médecine en France. Avis devra leur en être donné aux secrétariats des Facultés, au moment de leur inscription

Les demandes de dispenses formées par les étudiants de cette dernière catégorie devront m'être adressées comme par le passé.

Les présentes mesures n'ont pas d'effet rétroactif et ne s'appliquent pas aux étudiants étrangers inscrits dans les Universités en 1895-1896.

Il continuera d'être accordé, en vue des études médicales, des équivalences de baccalauréat aux étudiants originaires de pays auxquels nous lient, pour cet objet, des conventions internationales. »

Les Travaux Pratiques sont obligatoires. — En voici l'énumération :

ANCIEN RÉGIME.

1re année. Manipulations de physique ;
— de chimie ;
Exercices d'histoire naturelle ;
Exercices et démonstrations d'histologie ;
2e — Exercices de dissection ;
— et démonstrations d'histologie ;
— — de physiologie ;
3e — Comme en seconde année (Les exercices d'histologie sont facultatifs).
4e — Exercices de médecine opératoire ;
— d'anatomie pathologique.

Les travaux pratiques de première année durent toute l'année.

En deuxième et troisième années, les exercices de dissection ont lieu en hiver : l'admission à ces exercices n'est prononcée qu'après un examen satisfaisant sur l'ostéologie. Les exercices d'histologie sont annuels. (Le semestre d'hiver est consacré aux élèves de première année ; celui d'été à ceux de deuxième et de troisième années). Les démonstrations de physiologie ont lieu pendant le semestre d'été.

En quatrième année, les exercices d'anatomie pathologique sont annuels ; ceux de médecine opératoire sont semestriels et commencent le 16 mars.

En pratique, les certificats d'assiduité aux travaux pratiques sont directement adressés à l'administration de la Faculté, par les chefs des travaux.

NOUVEAU RÉGIME.

1re année. Chimie biologique, dissection, physique, histologie et physiologie ;
2e — Dissection, physique et chimie biologiques, histologie, physiologie;
3e — Anatomie pathologique, parsitologie (parasites animaux et végétaux), douze séances de chimie pathologique, médecine opératoire (ligatures et opérations), anatomie pathologique.
4e — Douze séances de chimie clinique (obligatoires) ;
Matière médicale botanique (facultatifs) ;
— — chimique —
— — pharmaceutique —
Bactériologie —
5e — Matière médicale botanique (facultatifs) ;
— — chimique —
— — pharmaceutique —
Bactériologie, etc. —

En première année, les exercices de chimie, de dissection ont lieu pendant le semestre d'hiver ; ceux de physique, d'histologie et de physiologie ont lieu en été.

En deuxième année, les exercices de dissection ont lieu pendant le semestre d'hiver : ceux de physique, de chimie, d'histologie et de physiologie ont lieu pendant le semestre d'été.

Les exercices d'anatomie pathologique sont annuels pour les élèves de troisième année, ceux de pathologie et de chimie pathologique ont lieu en hiver, ceux de médecine opératoire ont lieu en été.

En quatrième et cinquième années, les travaux de chimie, de matière médicale botanique, chimique et pharmaceutique, ainsi que la bactériologie ont lieu pendant toute l'année.

Le *stage hospitalier* a été réglementé par un décret en date du 20 novembre 1893.

MM. les internes et externes sont tenus de fournir eux-mêmes les certificats du service hospitalier, dans les conditions indiquées aux affiches trimestrielles.

Certaines catégories d'élèves accomplissent le stage hospitalier dans des conditions particulières, savoir :

1° *Les élèves internes à l'hôpital civil de Versailles*, nommés au concours, peuvent faire valoir le stage accompli à cet hôpital pour les inscriptions à prendre à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris.

Les avis de nomination d'interne et les certificats sont adressés à la Faculté par les soins du maire de Versailles, président de la commission des hospices ;

2° *Les internes en pharmacie*, étudiants en médecine, sont autorisés à accomplir le stage hospitalier dans le service auquel ils sont attachés comme internes en pharmacie.

Ils fournissent eux-mêmes, trimestriellement, pour les inscriptions à prendre, un certificat de stage hospitalier qui leur est délivré par leur chef de service ;

3° *Les élèves, délégués par le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique pour suppléer des externes absents*, fournissent trimestriellement à la Faculté le certificat de stage hospitalier comme les internes et externes titulaires.

Ils fournissent, en outre, au moment de leur entrée en fonctions, un certificat de délégation comme externe suppléant ;

4° *Les élèves officiers de santé* ne sont pas compris non plus dans le classement officiel des stagiaires.

Ces étudiants se font inscrire au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, sur la production d'un certificat de scolarité ou sur la présentation de leur feuille d'inscriptions.

Une carte leur est délivrée pour des services autres que ceux réservés à l'enseignement officiel des stagiaires.

Après la seizième inscription, chaque étudiant en médecine est tenu de faire un stage dans une des cliniques obstétricales de la Faculté. 1° Les élèves ayant subi la première partie du troisième examen sont admis à se faire inscrire, en vue du stage obstétrical, au secrétariat de la Faculté (Guichet n° 2), tous les jours, de midi à 3 heures. Ils sont ensuite convoqués par lettre spéciale. 2° Ces élèves doivent assister à la visite pendant un mois. Trois fois par semaine, par séries de garde, ils séjournent à la clinique, de 9 heures du matin à 10 heures du soir. 3° L'appel nominal est fait tous les matins, dans chaque service, à 9 heures, par le professeur ou par le chef de clinique. 4° Les stagiaires de garde ne peuvent s'absenter dans la journée sans une autorisation spéciale du professeur ou du chef de clinique ; mais, à l'heure du repas, ces élèves ont droit à une sortie de une heure pour le déjeuner et de une heure pour le dîner. 5° Les internes des hôpitaux sont admis à faire leur stage obstétrical à la clinique Baudelocque, de 10 heures du soir à 8 heures du matin. En s'inscrivant à la Faculté, ils doivent faire connaître leur intention à ce sujet.

Les étudiants qui auront été internes dans les services des accouchements des hôpitaux sont seuls dispensés du stage obstétrical. En consignant pour la première partie du cinquième examen, ils produiront un certificat signé de leur chef de service, accoucheur des hôpitaux.

Tout étudiant, qui, sans motifs jugés valables par la Faculté ou Ecole, néglige pendant deux ans de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve, perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès.

Dans tous les cas, le bénéfice des examens subis avec succès reste acquis. Le temps passé sous les drapeaux, dans l'armée active, n'est pas compté dans les délais entraînant la péremption. Une ou plusieurs inscriptions peuvent être également perdues par application de peines disciplinaires.

§ 2. — *Examens.* — Les étudiants en vue du diplôme de docteur en médecine ont à subir les examens suivants et à soutenir une thèse, savoir :

ANCIEN RÉGIME.

Premier examen. — Physique, chimie et histoire naturelle médicales.

Deuxième examen. — 1re partie : Epreuve pratique de dissection (éliminatoire) ; Anatomie et histologie (épreuve orale). — 2e partie : Physiologie (épreuve orale).

Troisième examen. — 1re partie : Epreuve pratique de médecine opératoire (éliminatoire) ; Pathologie externe, accouchements, médecine opératoire (épreuve orale). — 2e partie : Pathologie interne, pathologie générale.

Quatrième examen. — Hygiène, médecine légale, thérapeutique, matière médicale et pharmacologie.

Cinquième examen. — 1re partie : La première partie du 5e examen de doctorat se compose : 1° d'une épreuve de clinique chirurgicale, subie dans une des cliniques chirurgicales de la Faculté ; 2° d'une épreuve de clinique obstétricale, subie dans une des cliniques obstétricales de la Faculté ; (chacune de ces épreuves est éliminatoire ; le candidat conserve le bénéfice de l'épreuve antérieurement subie avec succès). — 2e partie : Clinique interne, épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Thèse. — Les candidats soutiennent cette épreuve sur un sujet de leur choix. Ils doivent également répondre à toutes les questions qui peuvent leur être posées sur les diverses branches des études médicales.

Le premier examen est subi après la quatrième inscription et avant la cinquième ; la première partie du deuxième examen est subie trois mois après la dixième inscription et avant la douzième, c'est-à-dire après quatre trimestres de dissection ; la seconde partie de cet examen est subie après la douzième et avant la quatorzième inscription.

Le troisième examen ne peut être passé qu'après l'expiration du seizième trimestre d'études, c'est-à-dire trois mois après la seizième inscription.

Tout candidat au 1er examen, ajourné pendant les sessions de *juillet* et de *novembre*, pourra renouveler cet examen à une session spéciale, qui sera ouverte dans la première quinzaine de janvier. Il sera admis aux travaux pratiques de 2e année, à la condition de payer le droit prescrit : 40 francs.

En cas d'échec à la session de janvier, le candidat au 1er examen est définitivement ajourné à la session de juillet suivant et ne peut prendre aucune inscription de 2e année. En cas de succès et sur la justification de sa participation effective aux travaux pratiques de 2e année, il est admis à prendre immédiatement les 5e et 6e inscriptions.

L'ajournement est de trois mois pour les autres examens, sauf en ce qui concerne l'épreuve pratique de médecine opératoire, pour laquelle l'ajournement est réduit à six semaines ; pendant la durée de l'ajournement, le cours des inscriptions est suspendu ; le candidat perd le montant des droits d'examen (30 francs).

Tout candidat à un examen qui, sans excuse jugée valable par le jury, ne répond pas à l'appel de son nom le jour qui lui a été indiqué, est renvoyé à trois mois ; il perd le montant des droits d'examen (30 francs), et le cours des inscriptions est suspendu. Les délais d'ajournement peuvent être portés à un an par le jury.

Indications nécessaires pour les examens dans les Ecoles de plein exercice. — Les aspirants au doctorat en médecine, élèves des Ecoles de plein exercice (Alger, Marseille, Nantes, Rennes) passent le premier examen probatoire, les deux parties du deuxième examen (A. R.), dans ces Ecoles, devant un jury présidé par un professeur de Faculté délégué par le Ministre.

A cet effet, deux sessions d'examens sont ouvertes dans les Ecoles de plein exercice : l'une au mois d'août, pour le premier examen probatoire et la deuxième partie du second examen ; l'autre au mois d'avril, pour la première partie du second examen. Toutefois les aspirants au doctorat, élèves des Ecoles de plein exercice, peuvent subir ces épreuves devant les Facultés de médecine aux époques fixées par ces établissements.

Les élèves refusés au premier examen probatoire, à la session d'août, dans les Ecoles de plein exercice, peuvent se présenter, pour le même examen, à la session d'octobre-novembre suivant, devant une Faculté de médecine.

Les élèves des Ecoles de plein exercice, ajournés au 1er examen de Doctorat pendant les sessions d'août et d'octobre-novembre, peuvent renouveler cet examen à la session spéciale ouverte dans la première quinzaine de janvier au siège d'une Faculté.

Les autres dispositions relatives aux élèves des Facultés, candidats ajournés au 1er examen, sont applicables aux étudiants des Ecoles de plein exercice. Les élèves refusés à la première ou à la deuxième partie du second examen peuvent se présenter pour la même épreuve, après un délai de trois mois, devant une Faculté de médecine. Pendant la durée de l'ajournement, le cours des inscriptions est suspendu. Les troisième, quatrième, cinquième examens et la thèse ancien et nouveau régime ne peuvent être subis que devant une Faculté.

NOUVEAU RÉGIME.

Premier examen. — Anatomie, moins l'anatomie topographique. Epreuve pratique de dissection.

Deuxième examen. — Histologie, physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique.

Troisième examen. — 1re partie : Médecine opératoire et anatomie topographique. Pathologie externe ; accouchements. — 2e partie : Pathologie générale, parasites animaux, végétaux ; microbes. Pathologie interne ; épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Quatrième examen. — Thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, pharmacologie, avec les applications des sciences physiques et naturelles.

Cinquième examen. — 1[re] partie : Clinique externe et clinique obstétricale. — 2[e] partie : Clinique interne.
Thèse sur un sujet au choix du candidat.
Le premier examen est subi entre la sixième et la huitième inscription ; le second entre la huitième et la dixième ; le troisième, entre la treizième et la seizième ; le quatrième et le cinquième, après la seizième.

Indications nécessaires pour les examens dans les Ecoles préparatoires. — Les aspirants au doctorat en médecine, élèves des Ecoles préparatoires *réorganisées* (1): Angers, Caen, Reims et Rouen, passent le premier examen probatoire et la première partie du second examen (A. R.) dans ces Ecoles devant un jury présidé par un professeur de Faculté. A cet effet, deux sessions d'examens sont ouvertes dans les Ecoles préparatoires *réorganisées*, l'une au mois d'août, pour le premier examen, l'autre au mois d'avril, pour la première partie du deuxième examen.
Toutefois les aspirants au doctorat, élèves des Ecoles préparatoires réorganisées, peuvent subir ces épreuves devant les Facultés de médecine aux époques fixées par ces établissements.
Les élèves refusés au premier examen probatoire à la session d'août dans les Ecoles préparatoires réorganisées peuvent se présenter, pour le même examen, à la session d'octobre-novembre suivante, devant une Faculté de médecine.
Les dispositions concernant les étudiants des Facultés et des Ecoles de plein exercice, candidats ajournés au 1[er] examen de doctorat, sont applicables aux élèves des Ecoles réorganisées.
Les élèves des mêmes Ecoles, refusés, à la session d'avril, à la première partie du deuxième examen probatoire, peuvent se présenter pour le même examen, après un délai de trois mois, devant une Faculté. Pendant la durée de l'ajournement, le cours des inscriptions est suspendu.
La deuxième partie du deuxième examen est subie soit devant une Faculté, soit devant une Ecole de plein exercice.
Les aspirants au doctorat, élèves des Ecoles préparatoires *non réorganisées*, sont examinés devant les Facultés aux époques fixées par ces établissements ; ils peuvent toutefois, sans interrompre leur cours d'études, ne passer le premier examen qu'après la douzième inscription. — Dans ce dernier cas, ils subissent le deuxième examen (première et deuxième parties) avant la treizième inscription, et sont soumis chaque semestre, à partir de la seconde année d'études, à des interrogations dont le résultat est transmis aux Facultés, pour qu'il en soit tenu compte dans les examens de doctorat.
Les étudiants, appartenant au nouveau régime, inscrits dans les Ecoles préparatoires réorganisées, subissent le premier et le second examen devant l'Ecole à laquelle ils appartiennent. Les étudiants inscrits dans les Ecoles de plein exercice subissent devant ces Ecoles les premier, deuxième et troisième examens.
Le jury est présidé par un Professeur de Faculté délégué par le Ministre.
Immédiatement après les épreuves, le président du jury adresse au Ministre un rapport sur les résultats des examens. Les sessions d'examen ont lieu, dans les Ecoles de plein exercice et dans les Ecoles préparatoires réorganisées, deux fois par an, aux dates fixées par le Ministre.
Les étudiants inscrits dans les Ecoles préparatoires non réorganisées subissent le premier et le second examen devant une Faculté aux époques fixées par ces établissements.
En cas d'ajournement, ils sont tenus de se représenter devant la même Faculté.

Bibliothèque. — Musées. — Renseignements divers.

Jardin botanique et Laboratoire d'histoire naturelle. — Directeur intérimaire : M. Heim. — Le *Jardin botanique*, situé rue Cuvier, n° 12, est ouvert du 15 mars au 1[er] novembre, sauf les dimanches et les jours fériés, de 6 heures du matin à 6 heures du soir. Le Jardin botanique est en voie de réorganisation.

Musées. — 1° *Musée Orfila* à l'Ecole de médecine, consacré à l'anatomie normale et à la zoologie. Il est ouvert de 10 heures du matin à 4 heures en hiver et 5 heures en été. On y a installé un droguier à peu près complet, et il est d'une grande utilité pour les étudiants de première année de venir le consulter. Ce musée est depuis quelque temps sans conservateur en titre, et, par conséquent, sans surveillant responsable : ce qui est fâcheux au point de vue de son classement et de son renouvellement. Il contient un fond de pièces un peu disparates, mais curieuses ; une collection d'anatomie topographique due aux pièces sèches du concours du prosectorat, qui renferme une série de préparations intéressantes, mais beaucoup de doubles, et qui demandorait surtout à être complétée, et enfin les belles injections de lymphatiques données par M. le P[r] Sappey, ainsi que les coupes du système nerveux de MM. Sappey et Duval. C'est plutôt, on le voit, un assemblage de collections qu'un musée ; mais la plupart de ces collections sont d'un grand intérêt.

2° *Musée Dupuytren*, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine. *Conservateur délégué* : M A. Pilliet. Ce musée, consacré à l'anatomie pathologique, est ouvert tous les jours, de 11 heures à 4 heures en hiver et de 11 heures à 5 heures en été.
Ce musée qui renferme un grand nombre de pièces très rares est installé d'une façon insuffisante. Il n'occupe en effet que la moitié du réfectoire de l'ancien couvent des Cordeliers, alors que la totalité de cette salle, malheureusement coupée en deux pour des installations qui devaient être transitoires, eût été à peine suffisante. Les nouvelles constructions de l'Ecole pratique, déjà occupées par les laboratoires, ne peuvent d'autre part recueillir le trop-plein du musée et pourtant la richesse des pièces pathologiques qu'on peut recueillir à Paris est telle qu'on pourrait faire de ce musée un des plus grands du monde. Quels fruits les élèves, le livre à la main, en retireraient pour l'étude de tous les types pathologiques ! Pour apprendre, il faut voir et comprendre, et quelque assidu qu'on soit aux autopsies dans les Cliniques, on ne peut tout voir. Les résultats obtenus par nos rivaux étrangers nous montrent la nécessité d'apporter promptement des réformes considérables dans l'aménagement intérieur et dans la disposition du Musée Dupuytren. Tel qu'il existe, il est cependant organisé de telle sorte que les pièces envoyées de tous les points du monde y soient préparées, montées et mises en vitrine dans le plus bref délai possible, avec l'indication de leur provenance et le nom des donateurs. La nécessité d'une collection de préparations histologiques, telle qu'il en existe dans la plupart des Universités étrangères, s'impose, et cette collection doit former une annexe du musée réorganisé.

3° On est en train de créer un *Musée de Médecine opératoire*, dans les nouveaux bâtiments de l'Ecole pratique, au laboratoire de Médecine opératoire. C'est là une excellente idée du P[r] Félix Terrier, qui en a confié l'installation à M. Marcel Baudouin.
On y travaille activement en ce moment même et on dresse le catalogue de tous les instruments, qui proviennent du Musée Orfila.

4° Le *Musée d'instruments de Physiologie*, dû à l'initiative de M. Ch. Verdin, est désormais complètement organisé. Il se compose de deux salles, situées à l'Ecole pratique, au-dessus du laboratoire d'Hygiène. Dans la salle principale se trouvent six vitrines remplies d'instruments ; l'autre est réservée aux grands appareils, par exemple le schéma de la circulation et les tables à vivisection, etc., etc. Déjà l'une des vitrines est consacrée à l'*histoire* des Instruments en Physiologie.

Bibliothèque. — La bibliothèque de la Faculté de médecine est ouverte de 11 heures du matin à 6 heures du soir, et de 7 heures 1/2 à 10 heures 1/2 du soir. Depuis quelques années, grâce à notre insistance, les ouvrages récents et les journaux de médecine sont mis à la disposition des étudiants aussitôt après leur apparition. — *Bibliothécaire* : M. Hahn ; — *Bibliothécaires-adjoints* : MM. Corlieu, Petit et Gouault.
En attendant l'installation de ses nouveaux bâtiments, dont la construction marche avec une trop grande lenteur, la Faculté a utilisé les maisons expropriées, rue de l'Ecole-de-Médecine, jusques et y compris l'ancien café de la Rotonde, et y a installé provisoirement : au rez-de-chaussée, un vaste laboratoire de chimie ; au 1[er] étage, des salles d'examen : ce qui rend libre le Musée Orfila.

Avis a MM. les Etudiants. — Le *Doyen* reçoit MM. les Étudiants dans son cabinet, le mercredi à 10 heures 1/2, et le *Secrétaire* les mardis, jeudis et samedis, de midi à une heure et de 2 heures à 3 heures.

Laboratoires.

Laboratoires des Cours de la Faculté. — *Anatomie*: professeur, M. Farabeuf; M Monod, préparateur. — *Médecine opératoire* : professeur, M. Terrier, préparateur du cours et conservateur du Musée, M. Marcel Baudouin. — *Pathologie expérimentale et comparée:* professeur, M. Straus; chef de laboratoire, M. Wurtz ; moniteurs, MM. Sanchez-Tolédo, Mosny et Teissier. — *Thérapeutique* : professeur, M. Landouzy; chef du laboratoire, M. Gilbert, agrégé ; préparat., M. Chassevant, agrégé. — *Pharmacologie et matière médicale*: professeur, M. Pouchet; chef de laboratoire, M. Brissemoret; préparateur, M. Joanin. — *Physique* : professeur, M. Gariel; préparateur, M. Broca (André). — *Chimie* : professeur, M. A. Gautier ; chef des travaux de chimie biologique, M. Fiquet; préparateurs, MM. Eury et X... — *Médecine légale pratique* : professeur, M. Brouardel ; chef des travaux, M. Descoust ; chef des travaux chimiques, M. Ogier ; chef des travaux anatomo-pathologiques, M. Vibert ; préparateur, M. Georges Brouardel. —

(1) Les Ecoles préparatoires réorganisées sont celles dont l'enseignement théorique et pratique répond au programme des trois premières années d'études pour le Doctorat et au programme complet des études pour l'officiat.

Botanique : professeur, M. N..., préparateur, M. G... — *Tératologie* : directeur, M. Dareste. — *Pathologie générale* : professeur, M. Bouchard; directeur honoraire, M. Charrin, agrégé; chef de laboratoire, M. Desprez, préparateur, M. Carnot.

D'une façon générale, ces laboratoires, à cause de l'exiguité des emplacements et de la parcimonie des distributeurs du Budget, ne peuvent rendre les services qu'on aurait le droit de réclamer de semblables institutions. On est obligé d'en restreindre l'usage aux médecins et aux étudiants qui font des recherches dans un but déterminé, par exemple pour leurs thèses ; ils ne sont admis qu'avec le consentement du professeur-directeur du laboratoire. On n'exige d'eux aucune rétribution ; les préparateurs les aident de leurs conseils ; les appareils sont mis à leur disposition, mais ils sont obligés généralement de payer les animaux et les objets dont ils ont besoin, toujours en raison de l'insuffisance des ressources pécuniaires des laboratoires.

Il y a encore le *laboratoire de chimie de la Faculté*, où les élèves sont admis gratuitement, mais ils doivent payer les dépenses nécessitées par leurs études.

Laboratoires des Cliniques. — *L. de l'Hôtel-Dieu*. Il est annexé aux cliniques médicale et chirurgicale de la Faculté et a été ouvert le 1er janvier 1878. Les élèves y sont exercés à l'étude pratique de l'anatomie pathologique, de la physiologie pathologique et de la chimie organique élémentaire, sous la direction de MM. Lapicque, chef de laborat.; Camus, chef adj. des travaux chimiques. Ce laboratoire, réorganisé par les professeurs Sée et A. Richet, paraît ne rien laisser à désirer, au point de vue de l'installation, grâce au concours bienveillant de l'Administration hospitalière. — Chef de clinique médicale, M. Auscher. Chef de cliniquo chirurgicale, M. Cazin. M. Berdal, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu; Savoire, chef-adj.

Laboratoire des cliniques d'accouchements. — 1re chaire : Chef de clinique, M. Dubrisay; Chef du laboratoire : M. Galippe ; préparateur, M. Marie. — 2e chaire: Chef de clinique, M. Bouffe de Saint-Blaise ; chef du laboratoire, M. Wallich.

Laboratoire de clinique chirurgicale de la Pitié : Chef de clinique : M. Reblaub. Chef du laboratoire, M. Bezançon. — *Laboratoire de clinique médicale* : Chef de clinique, M. Lesage; chefs du laboratoire, MM. Thiroloix et Acbalme.

Laboratoire de clinique médicale de la Charité. —M. Springer, chef des travaux de physiologie pathologique ; chef des travaux chimiques, M. Drouin ; chef des travaux anatomiques, M. Suchard; chef de clinique, M. Teissier ; Chef de clinique-adjoint, M. Martin-Durr. — *Laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité* : Chef de laboratoire, MM. Pilliet et Robin ; Chef de clinique, M. Rieffel.

Laboratoire de clinique médicale de Saint-Antoine. — Chef des travaux d'anat. path., M. Lion ; Chef des travaux chimiques, M. Winter ; Chef de clinique, M. Tissier ; Chef de clinique-adjoint, M. Thiercelin. — *Laboratoire de clinique chirurgicale de Necker* : Chef de laboratoire, M. Fabre-Domergue ; Chef de clinique, M. Mauclaire : Chef de clinique-adjoint, M. Banzet.

Laboratoire de clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière. — Professeur, M. Raymond. — Chef de clinique, M. Charcot. — Chef honoraire du laboratoire, M. Richer; Chef du laboratoire, M. Souques. — Chef des travaux d'anatomie pathologique : M. Philippe. — Ophtalmologie : M. Parinaud. — Electrothérapie : M. Vigouroux. — Travaux chimiques et photographie : M. Londe. — Moulages : M. Hurel.

Laboratoire de clinique des maladies des enfants, M. Grancher, professeur. — Chef du laboratoire, M. Ledoux-Lebard. — Préparateur, M. Veillon. — Moniteur, M. Auclair. — Chef de clinique, M. Renault. — Chef de clinique adoint, M. Zuber.

Laboratoire de clinique ophtalmologique, M. Panas, professeur. — Chef adjoint de laboratoire, M. Mermet. — Chef de clinique, M. Terson.

Laboratoire de clinique des maladies mentales, M. Joffroy, professeur. — Chefs de laboratoire, MM. Serveaux et Dumas ; chef des travaux ophtalmologiques, M. Sauvineau. — Chef des travaux d'anatomie pathologique, M. Rabaud. — Chefs de clinique, MM. Toulouse et Roubinowitch.

Laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. M. Fournier, professeur. — Chef de laboratoire, M. Sabouraud.—Chef adjoint de laboratoire, M. Cathelineau.—Chef de clinique, M. Gastou. — Chef de clinique-adjoint, M. Emery.

Laboratoire de clinique des maladies des voies urinaires, M. Guyon, professeur. — Chefs de laboratoire : M. Hallé, section de bactériologie et d'histologie ; M. Chabrié, section de chimie. — Chef de clinique : M. Chevalier.

Droits afférents aux Etudes médicales.

1° *Droits obligatoires.*

Les droits sont de 30 fr. pour chaque inscription ; soit 480 fr. pour les seize.

Les droits d'examens sont fixés ainsi qu'il suit :

Ancien régime.

1er examen.			55 fr. (1).
2e examen.	1re partie	55	110
	2e —	55	
3e examen.	1re partie	55	110
	2e —	55	
4e examen.			55
5e examen.	1re partie	55	110
	2e —	55	
Thèse			240

Nouveau régime.

1er examen.			55 fr.
2e examen.			55
3e examen.	1re partie	55	110
	2e —	55	
4e examen.			55
5e examen.	1re partie	55	110
	2e —	55	
Thèse			240

Travaux pratiques. — Les droits de travaux pratiques sont :

1re année	60 fr.
2e année	40
3e année	40
4e année	20

Ces droits sont acquittés chaque trimestre, au moment de la prise des inscriptions, et en même temps que les droits de bibliothèque qui sont de 10 fr. par an.

Les droits à acquitter en prenant les inscriptions sont donc :

1re *année* (de 1 à 4 insc.) 47,50 par trimestre (dont 30 fr. de droits d'inscription, 2,50 de droits de bibliothèque et 15 fr. de droits de travaux pratiques), soit 190 fr. pour la 1re année.

2e *année* (de 5 à 8 insc.) 42,50 par trimestre (dont 30 fr. de droits d'inscription, 2,50 de droits de bibliothèque et 10 fr. de droits de travaux pratiques), soit 170 fr. pour la 2e année.

3e *année* (de 9 à 12 insc.) 42,50 par trimestre (dont 30 fr. de droits d'inscription, 2,50 de droits de bibliothèque et 10 fr. de droits de travaux pratiques), soit 170 fr. pour la 3e année.

4e *année* (de 13 à 16 insc.) 37,50 par trimestre (dont 30 fr. de droits d'inscription, 2,50 de droits de bibliothèque et 5 fr. de droits de travaux pratiques), soit 150 fr. pour la 4e année.

2° *Droits facultatifs.*

Les docteurs français et les docteurs étrangers, les étudiants étrangers et les étudiants pourvus de toutes leurs inscriptions ou dont la scolarité a été interrompue, peuvent, sur leur demande, être admis à participer aux diverses séries de travaux pratiques moyennant le versement d'un droit fixe de 40 fr. par année scolaire et par série de travaux.

Exonérations. — Les étudiants boursiers, ainsi que les étudiants, fonctionnaires des établissements publics d'enseignement secondaire et primaire, sont dispensés du paiement des droits d'inscription.

Un dixième des étudiants astreints à ce droit peuvent en outre être exonérés par la Faculté.

Chaque année, avant l'ouverture de la période secondaire, le Ministre de l'Instruction publique fixe le nombre des étudiants qui peuvent être dispensés.

La Faculté répartit ensuite les dispenses qui sont accordées pour une année scolaire, et renouvelables.

La dispense du droit d'inscription n'entraine pas celle du droit de bibliothèque et de travaux pratiques qui sont versés trimestriellement, suivant les règles établies.

Les étudiants qui veulent solliciter la dispense du droit d'inscription doivent en faire la demande au Doyen du 15 octobre au 1er novembre ; ces demandes sont libellées sur papier timbré et accompagnées d'un état certifié par le Maire, énonçant la situation de fortune de l'étudiant et de sa famille.

Quand il s'agit d'une dispense de première année, la demande doit être en outre appuyée d'un extrait du dossier scolaire certifié par le chef ou les chefs des établissements d'enseignement secondaire où l'élève a fait ses deux dernières années d'études.

(1) Cette somme est ainsi divisée pour les cinq examens

Droits d'examen	30 fr.
Droits de certificat d'aptitude	25

Pour la thèse :

Droits d'examen	100 fr.
Droits de certificat d'aptitude	40
Droits de diplôme	100

1° *Versement des droits afférents aux études médicales.* — Les étudiants ou leurs familles ont la faculté d'effectuer le versement des droits afférents aux études médicales à la caisse du receveur des droits universitaires (25, quai des Grands-Augustins, à Paris) ou dans les départements, aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances. Ce versement a lieu sur la production d'un bulletin de versement délivré par le secrétaire de la Faculté (art. 1 et 4 du décret du 25 juillet 1882). Dans le cas où le versement est fait en province, il en est délivré un récépissé à talon qui doit être adressé immédiatement au secrétaire de la Faculté.

2° *Bulletins de versement pour inscriptions et consignations. Jours et heures auxquels ils sont délivrés.* — Les bulletins de versement des droits de travaux pratiques de bibliothèque et d'inscriptions sont délivrés aux dates et jours indiqués par des affiches spéciales. Les bulletins de versement des droits de consignation pour les examens sont délivrés les lundi et mardi de chaque semaine, de midi à trois heures. (Les limites des consignations pour les examens sont portées à la connaissance de MM. les étudiants, par voie d'affiche spéciale, à la fin du premier trimestre de l'année scolaire.) En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année (officiat) les dates et jours de consignation sont indiqués par les affiches relatives au quatrième trimestre de l'année scolaire. Les dates des consignations en vue du premier examen de doctorat, pour la session de janvier, sont annoncées aux étudiants, par voie d'affiche spéciale, vers le 1er décembre.

3° *Annulation des bulletins de versement.* — Sont annulés, les bulletins de versement dont le montant n'a pas été versé deux jours après la date qu'ils portent. Un délai de huit jours est accordé pour les versements à faire en province. Dans ce dernier cas, déclaration expresse doit être faite au registre sur lequel l'étudiant s'inscrit. Les bulletins de versement annulés ne sont renouvelés que sur demande écrite et après autorisation du doyen.

4° *Remboursement des consignations pour examens. — Motifs de la restitution des droits consignés.* — Le remboursement des consignations (intégral ou partiel) a lieu à la caisse du receveur des droits universitaires, ou aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances, sur la production, par l'ayant droit : 1° de la quittance à souche ou du récépissé à talon justificatif du versement; 2° d'un ordre de remboursement délivré par le secrétaire de la Faculté, énonçant les motifs de la restitution des droits consignés (art. 8 du décret du 25 juillet 1882, et circulaire du ministre des finances en date du 29 septembre 1882). Les ordres de remboursement sont délivrés tous les jours, au Secrétariat, de midi à 3 heures. Le remboursement des consignations est partiel ou intégral. Il est partiel dans le cas d'ajournement ou d'absence à un examen; il est intégral dans diverses circonstances (renonciation aux études, maladie, etc.). Les absences aux examens pour cause de maladie peuvent être excusées sur présentation d'un certificat médical délivré par un professeur ou agrégé de la Faculté, ou bien par un médecin ou chirurgien des hôpitaux. Le certificat médical doit être produit soit avant les examens, soit dans les 48 heures qui suivent. Les absences aux examens pour tout autre motif sont appréciées par le doyen, par la commission scolaire, ou par les jurys des examens.

Avis divers.

5° *Mise en séries des candidats aux examens.* — Les candidats inscrits pour subir leurs examens sont placés en série d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Dans le cas de consignation des droits d'un examen par la famille, l'étudiant n'est appelé à subir cet examen que sur sa déclaration écrite et consignée sur le registre ouvert à cet effet au Secrétariat de la Faculté. La mise en séries des candidats aux examens a lieu 15 jours au moins et trois semaines au plus après le jour de leur inscription à la Faculté, à moins que le nombre des candidats ne soit trop considérable. Ce laps de temps est indispensable pour rédiger la feuille des actes, soumettre cette feuille à la commission scolaire, la faire tirer, et, enfin, pour expédier les convocations.

6° *Thèses de doctorat. — Mise en séries.* — MM. les élèves qui désirent soutenir leur thèse sont priés d'accomplir au préalable les formalités suivantes :

1° Dépôt, au Secrétariat de la Faculté, du manuscrit de la thèse, revêtu de la signature du président choisi par le candidat. Ce dépôt a pour but : *a*) de s'assuror si toutes les formalités ont été accomplies dans la rédaction de la thèse; *b*) de soumettre le manuscrit au visa de M. le doyen et de M. le recteur, qui donnent le permis d'imprimer. (Cette dernière formalité a lieu dans les 24 ou les 48 h.)

2° Remise, au Secrétariat de la Faculté, de l'engagement de l'imprimeur chargé de l'impression de la thèse. Cet engagement doit contenir : *a*) le nom du candidat de la thèse; *b*) la date à laquelle l'imprimeur s'engage à livrer les exemplaires imprimés. — Le candidat complètera cet engagement par une note signée par lui et renfermant : *a*) le nom du président de la thèse; *b*) l'indication du sujet de la thèse; *c*) le numéro de la quittance à souche constatant le versement du droit de consignation. — L'engagement de l'imprimeur doit être remis au plus tard le mardi avant 5 heures. La mise en séries a lieu dans les 15 jours ou trois semaines qui suivent, de même que pour les examens.

3° Avant le tirage définitif de la thèse, envoi, au secrétaire de la Faculté, du premier feuillet imprimé, destiné à recevoir, au recto, le titre de la thèse, les nom, prénoms, date et lieu de naissance du candidat, et, au verso, la liste des professeurs et agrégés en exercice. — Ce feuillet serait immédiatement renvoyé à l'imprimeur, s'il y avait lieu de le compléter ou de le modifier.

4° Quatre jours avant la soutenance, dépôt de 180 exemplaires de la thèse, à la Faculté, de 2 heures à 4 heures de l'après-midi. MM. les candidats qui n'auraient pas rempli les conditions énoncées dans les art. 1 et 2 ne seront point placés au tableau des actes. Ceux qui après avoir été placés au tableau des actes, ne rempliraient pas les conditions énoncées aux art. 3 et 4, seront considérés comme absents sans excuse, et perdront, par suite, la somme de 100 francs, montant des droits d'examen.

7° *Format des thèses.* — M. le Ministre de l'Instruction publique a décidé que, conformément à l'avis émis par les Conseils des Facultés de Médecine, l'art. 20 de l'arrêté du 20 Prairial, an XI, est abrogé.

A partir de l'année scolaire 1896-97, le format des thèses de Doctorat en Médecine sera l'in-octavo.

8° *Cartes d'étudiant. Cartes d'admission aux conférences de médecine légale et à la Clinique d'accouchements.* — 1° Les cartes d'étudiant sont délivrées gratuitement au Secrétariat de la Faculté, au commencement de l'année scolaire, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations, en échange de la carte afférente à l'année précédente; 2° Les cartes d'étudiant bénévole sont délivrées tous les jours, de midi à 3 heures, sur la production de pièces (diplômes, passeports, etc.) destinées à établir l'identité du demandeur; 3° Les cartes d'admission aux conférences de médecine légale sont délivrées aux jours et heures et dans les conditions indiquées aux affiches spéciales; 4° Les cartes d'admission à la clinique d'accouchements sont délivrées, de midi à 3 heures, aux étudiants justifiant, au moins, de la 13e inscription. (En cas de perte de ces cartes, le titulaire en fait la déclaration écrite au Doyen ou au Secrétaire de la Faculté, pour obtenir un duplicata, s'il y a lieu.)

9° *Domicile de l'étudiant et de sa famille.* — L'étudiant est tenu de déclarer, en s'inscrivant à la Faculté, sa résidence, celle de sa famille ou de son tuteur, et, s'il survient un changement dans le domicile de l'un ou de l'autre, de faire une nouvelle déclaration. L'etudiant appelé sous les drapeaux est également tenu d'en faire la declaration avant le 1er octobre. Toute fausse déclaration peut être punie de la perte d'une ou de plusieurs inscriptions; si l'étudiant a toutes ses inscriptions, il pourra être ajourné, pour les épreuves qui lui restent à subir, pour un temps qui ne peut excéder une année. Cette peine est prononcée, sans recours, par la Faculté.

Service militaire des Etudiants.

Dispense pour continuation d'études. — En temps de paix, après un an de présence sous les drapeaux, sont envoyés en congé dans leurs foyers, sur leur demande, en attendant leur passage dans la réserve, les jeunes gens qui ont obtenu ou qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir le diplôme de docteur en médecine ou le titre d'interne des hôpitaux nommé au concours dans une ville où il existe une Faculté.

Les jeunes gens qui n'auraient pas obtenu, avant l'âge de vingt-sept ans, les titres ou diplômes spécifiés, ceux qui ne poursuivraient pas régulièrement les études en vue desquelles la dispense a été accordée, seront tenus d'accomplir les deux années de service militaire dont ils avaient été dispensés.

Les bacheliers de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie), candidats au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, inscrits dans les Facultés des Sciences comme aspirants au doctorat en médecine, bénéficient également, en vertu des dispositions de la circulaire ci-après du 20 novembre 1894, des deux dernières années de service militaire pour continuation d'études :

Monsieur le Recteur, j'ai l'honneur de vous informer pour confirmer mon télégramme du 7 novembre courant, que, sur ma demande, M. le Ministre de la Guerre a décidé que les bacheliers de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) candidats au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, seront admis à bénéficier de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889 comme se preparant au doctorat en medecine.

Ces jeunes gens devront, a cet effet, produire un certificat modele (délivré par le doyen de la Faculté des Sciences ou par le directeur de l'Ecole de Médecine ou cet enseignement est organisé, et portant la mention « est actuellement inscrit a la Faculté des Sciences de..... et à l'Ecole de Médecine de..... comme aspirant au doctorat en Médecine (année préparatoire d'études physiques, chimiques et naturelles) ». Si l'etudiant commence ses études, cette mention sera suivie des mots : « et que la première inscription prise le..... n'est pas périmée ». Si l'étudiant a

plusieurs inscriptions, la mention sera complétée par l'indication suivante : « et que ses inscriptions prises, la premiere, le....., la deuxième, le....., etc., ne sont pas périmées. »

Je vous prie de notifier ces dispositions à MM. les doyen et directeur de la Faculté et des Ecoles de Médecine, et de leur donner toute la publicité nécessaire.

Justifications à produire. — Le règlement d'administration publique du 23 novembre 1889, détermine les justifications à produire pour obtenir la dispense des deux dernières années de service militaire.

Art. 1er. — Sont, sur leur demande (*modèle A*), envoyés ou maintenus définitivement en congé dans leurs foyers jusqu'à la date de leur passage dans la réserve, pourvu qu'ils aient une année de présence sous les drapeaux, les jeunes gens qui obtiennent ou ont obtenu un des diplômes mentionnés à l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, soit avant leur incorporation, soit pendant leur présence sous les drapeaux, soit pendant leur séjour en congé dans leurs foyers.

Les jeunes gens qui ont obtenu avant leur comparution devant le conseil de revision les diplômes indiqués ci-dessus, doivent produire au conseil les pièces officielles constatant cette obtention.

Pour les jeunes gens présents sous les drapeaux, l'envoi en congé est prononcé par l'autorité militaire, sur le vu des diplômes ou pièces officielles. Pour les jeunes gens présents dans leurs foyers, avant leur incoporation ou qui y sont envoyés en congé, la dispense est également prononcée par l'autorité militaire, après remise des pièces justificatives au commandant du bureau de recrutement de la subdivision de région à laquelle appartient le canton où ils ont concouru au tirage au sort. Dans ces deux derniers cas, la production des pièces justificatives doit avoir lieu dans le mois qui suit l'obtention des diplômes.

Art. 12. — Les jeunes gens qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir soit le diplôme de licencié ès lettres ou ès ciences, de docteur en droit, de docteur en médecine, de pharmacien de première classe, soit le titre d'interne des hôpitaux, nommé au concours dans une ville où il existe une Faculté de Médecine, doivent, pour obtenir la dispense, présenter un certificat du doyen de la Faculté ou du directeur de l'Ecole de pharmacie ou de médecine et de pharmacie à laquelle ils appartiennent, constatant qu'ils sont régulièrement inscrits sur les registres et que leurs inscriptions ne sont pas périmées (*Modèle G*).

Art. 13. — Les jeunes gens visés à l'article précédent doivent, jusqu'à l'obtention des diplômes ou titres spécifiés audit article, produire annuellement jusqu'à l'âge de vingt-six ans (1), fixé par l'article 24 de la loi du 15 juillet 1889, un certificat établi par les doyens des Facultés ou par les directeurs des Ecoles dont il s'agit, constatant qu'ils continuent à être en cours régulier d'études. Ledit certificat doit être visé par le recteur de l'Académie.

Les registres d'inscription des Facultés, Ecoles supérieures de pharmacie, Ecoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie, sont tenus à la disposition de l'autorité militaire, qui peut en prendre connaissance sans déplacement.

Les étudiants en médecine et en pharmacie qui obtiennent après concours le titre d'interne des hôpitaux dans une ville où il existe une Faculté de Médecine, justifient de leur situation : à Paris, par un certificat du directeur de l'Assistance publique visé par le préfet de la Seine; dans les départements, par un certificat du maire, président de la commission administrative, visé par le préfet (*Modèle G*).

Art. 35. — Les pièces justificatives que les jeunes gens doivent produire à l'appui de leurs demandes (*modèle A*), par application des dispositions des articles 12 et 13 du decret sont présentées : 1° au conseil de revision; 2° au commandant du bureau de recrutement, avant l'incorporation, si ces pièces n'ont été délivrées qu'après la comparution de l'intéressé. La dispense est prononcée, dans le premier cas, par le conseil de revision et, dans le second cas, par l'autorité militaire, sur le vu desdites pièces justificatives.

Art. 36. — Les dispensés doivent produire, du 15 septembre au 15 octobre de chaque année, jusqu'à l'age de 26 ans (1), au commandant du bureau de recrutement de la subdivision à laquelle appartient le canton où ils concouru au tirage, le certificat revu à l'article 12, dans le but d'établir qu'ils continuent à remplir les conditions sous lesquelles la dispense leur a été accordée.

Art. 37. — L'année de service imposée aux jeunes gens dispensés en vertu de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, doit être uniquement consacrée à l'accomplissement de leurs obligations militaires; sous aucun prétexte ils ne pourront être détournés de ces obligations ni recevoir des exemptions de service à l'effet de poursuivre leurs études.

Engagement volontaire avec bénéfice de l'envoi en congé. — Par application des dispositions de la loi du 11 juillet 1892, les jeunes gens âgés de dix huit ans accomplis, qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir le diplôme de docteur en médecine, peuvent être admis à contracter l'engagement volontaire avec le bénéfice de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889.

Voici un extrait de la circulaire de M. le Ministre de la Guerre, en date du 21 juillet 1892, et relative à l'application de cette loi :

...Désormais, tous les jeunes gens se trouvant dans l'une des conditions indiquées à l'article 23, qu'ils soient en cours d'études ou déjà diplômés, pourront, en contractant un engagement volontaire, conserver le bénéfice de l'envoi en congé, sous la condition d'en faire la demande par écrit au moment où ils s'engagent et de produire, à l'appui de cette demande, les pièces justificatives qu'ils auraient à produire au conseil de revision après avoir tiré au sort, pour obtenir la dispense.

Les actes d'engagement devront, conformément aux prescriptions de l'article 8 du 28 septembre 1889, porter mention de ces demandes et des pièces justificatives produites qui seront annexées à la minute de l'acte.

Ils ne seront reçus qu'à partir du 1er octobre et jusqu'à la date annuellement fixée pour la mise en route de la classe.

Les jeunes gens s'engagent exclusivement pour les régiments d'infanterie, d'artillerie et de génie désignés par la circulaire de répartition pour recevoir les hommes du contingent appelés pour un an dans la subdivision où leur famille est légalement domiciliée.

Date limite de la production des diplômes ou titres exigés. — La production des diplômes ou titres en vue desquels la dispense a été accordée, doit être faite dans le mois qui suit l'accomplissement de la vingt-septième année.

Ouverture des Cours.

Cours de médecine légale pratique et conférences pratiques appliquées à la toxicologie. — Professeur : M. BROUARDEL. — I. *Cours de médecine légale pratique à la Morgue.* — Le cours de médecine légale pratique commencera à la Morgue le mercredi 4 novembre 1896, à 2 heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Ordre du cours : les mercredis, M. le Pr Brouardel ; les vendredis, M. le Dr Descoust, chef du laboratoire de médecine légale ; les lundis, M. le Dr Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique. — II. *Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie.* — Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf). Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du mardi 7 novembre 1896, les mardis, jeudis et samedis : Ordre du cours : les jeudis, à 4 heures, M. le Dr Descoust, chef du laboratoire de médecine légale ; les mardis, à 3 heures, M. le Dr Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique ; les samedis, à 3 heures, M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie. — III. *Conditions d'admission au cours de médecine légale pratique et aux conférences :* Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription au secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine ; 2° MM. les étudiants ayant subi le 3e examen de doctorat. Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

Cours de clinique médicale. — M. le Pr POTAIN commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital de la Charité, le mardi 10 novembre 1896, à 10 heures, et le continuera les samedis et mardis de chaque semaine, à la même heure. La visite des malades aura lieu à 8 heures et demie du matin. Leçons de séméiologie, par M. Teissier, chef de clinique, les vendredis à 10 heures. Démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Sucard, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, tous les jours.

Clinique d'accouchements et de gynécologie. — M. le Pr PINARD commencera le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le lundi 9 novembre 1896, à 9 heures du matin (clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal), et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Ordre du cours : lundi et vendredi, leçons de clinique obstetricale à l'Amphithéâtre, par le professeur. Mercredi, leçons et opérations de gynécologie, par le Dr P. Segond, agrégé. Autres jours, leçons et opérations de chirurgie infantile, par le Dr Kirmisson, agrégé ; anatomie obstétricale pathologique, par le Dr Varnier, agrégé ; leçons de diagnostic obstetrical, par le Dr Bouffe de Saint-Blaise, chef de clinique ; kinésithérapie gynécologique, par le Dr Stapfer, ex-chef de clinique. Cours pratique et manœuvres obstétricales par les Drs Lepage et Potocki, accoucheurs des hopitaux ; Wallich, ex-chef de clinique ; Baudron et Funk Brentano, répétiteurs.

(1) La loi du 13 juillet 1895 a reculé à vingt-sept ans l'age auquel les dispensés doivent fournir les justifications imposées.

Cours de chimie médicale. — M. le Pr GAUTIER, membre de l'Institut, commencera le cours de chimie médicale le mardi 10 novembre 1896, à midi (grand Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : principes constitutifs des êtres vivants. Tissus et humeurs de l'organisme. Toxines, venins et ferments.

Cours de clinique chirurgicale. — M. le Pr LE DENTU commencera le cours de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker le mardi 10 novembre 1896, à 9 heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure. Opérations les mardis et vendredis dans le grand Amphithéâtre, après la leçon, et le jeudi, à 9 heures, dans le service spécial de gynécologie.

Clinique médicale. — M. le Pr JACCOUD reprendra son cours de clinique médicale à l'hopital de la Pitié, le mardi 10 novembre 1896, à 9 heures et demie du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours d'anatomie pathologique. — M. le Pr CORNIL commencera le cours d'anatomie pathologique le vendredi 6 novembre 1896, à 5 heures de l'après-midi (petit Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis, à 2 heures, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (deuxième étage). Sujet du cours : Lésions des endothéliums en général. Maladies du cœur, des vaisseaux et du poumon.

Cours d'anatomie. — M. le Pr FARABEUF commencera le cours d'anatomie le vendredi 6 novembre 1896, à 4 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundi, mercredis, et vendredis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : L'abdomen et le bassin ; les viscères qui y sont contenus.

Cours de physiologie. — M. le Pr Ch. RICHET commencera le cours de physiologie le lundi 9 novembre 1896, à 5 heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le Pr DIEULAFOY commencera son cours de clinique médicale le samedi 14 novembre 1896, à 10 heures, et le continuera les mercredis et samedis suivants, le mercredi à 9 h. 1/2, le samedi a 10 heures (amphithéâtre Trousseau). Visite des malades (salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne) tous les jours.

Cours de pharmacologie et matière médicale. — M. le Pr Gabriel POUCHET commencera le cours de pharmacologie le samedi 7 novembre 1896, à 4 heures de l'après-midi (amphithéâtre de pharmacologie), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : Etude des modificateurs du système nerveux. I. Antispasmodiques. II. Modificateurs du système nerveux périphérique. III. Modificateurs névromusculaires. IV. Sédatifs et stimulants de l'action nerveuse. Excitateurs et modérateurs réflexes. V. Modificateurs intellectuels. — Ordre du cours : Mardi et samedi : leçon théorique. Jeudi : conférences pratiques et interrogations. (Ces conférences auront lieu pendant toute la durée de l'année scolaire.)

Cours de clinique des maladies du système nerveux. — M. le Pr RAYMOND commencera le cours de clinique des maladies du système nerveux, le mardi 17 novembre 1896, à 10 heures du matin (Hospice de la Salpetrière), et le continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure. — Programme d'enseignement : lundi, 10 heures et demie, séméiologie des maladies du système nerveux, MM. les Drs J. Charcot et Souques. Mardi 10 heures, policlinique, M. le Pr Raymond. Mercredi. 10 heures et demie, histologie normale et pathologique du système nerveux, M. le Dr Philippe. Jeudi. 10 heures et demie, électrodiagnostic et électrothérapie, M. le Dr Huet. Vendredi, 10 heures, leçon de clinique, M. le Pr Raymond. Samedi, 10 heures et demie, alternativement : psychologie clinique, M. le Dr Janet. Examen des oreilles du larynx et des yeux, MM. les Drs Gellé, Cartaz et Sauvineau.

Cours de clinique des maladies des voies urinaires. — M. le Pr Guyon reprendra ses leçons le mercredi 11 novembre 1896, à 9 heures (hopital Necker), et les continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure.

Cours de pathologie expérimentale et comparée. — M. le Pr STRAUSS commencera le cours de pathologie expérimentale et comparée le lundi 9 novembre 1896, à 4 heures de l'après-midi, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale (école pratique, 1er étage). — Objet du cours : La bactériologie dans ses applications à la médecine ; technique bactériologique ; principales maladies bactériennes communes à l'homme et aux animaux.

Cours d'histologie. — M. le Pr MATHIAS-DUVAL commencera le Cours d'Histologie le samedi 7 novembre 1896, à 4 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Les épithéliums et les glandes ; la peau et les organes des sens ; les muqueuses ; le foie ; le rein ; les éléments de la génération.

Cours de pathologie interne. — M. le Pr DEBOVE commencera le Cours de pathologie interne le samedi 7 novembre 1896, à 3 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : Maladies de l'appareil digestif.

Clinique ophtalmologique. — M. le Pr PANAS commencera le cours de clinique ophtalmologique le lundi 9 novembre 1896, à 9 heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. Clinique et opérations à 10 heures. Exercices ophtalmoscopiques tous les mercredis.

Médecine opératoire sous la direction de M. POIRIER, chef des travaux anatomiques. — Ce cours ne pourra comprendre plus de 48 élèves. Il est spécialement destiné aux étudiants qui doivent passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire et à ceux que diverses circonstances ont empêchés de prendre part aux exercices du semestre d'été. MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront en faire la demande écrite (sur timbre de 0 fr. 60) au doyen de la Faculté, avant le jeudi 15 octobre. M. le Dr GUILLEMAIN, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration le mardi 20 octobre, à 1 heure précise, pavillon n° 7.

Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. le Pr Alfred FOURNIER commencera ce cours le vendredi 13 novembre 1896, à neuf heures et demie du matin (Hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredi suivants, à la même heure.

Cours de thérapeutique. — M. le Pr LANDOUZY commencera le cours de thérapeutique le lundi 9 novembre 1896, à 3 heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Programme du cours : indications thérapeutiques et médications dans les affections de l'appareil respiratoire. Traitement de la phtisie pulmonaire.

Cours de clinique médicale. — M. le Pr G. HAYEM, commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital Saint-Antoine, le mardi 10 novembre 1896, à 10 heures, au pavillon Moïana, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Les mardis et samedis : leçon sur les malades. Le jeudi : Technique clinique.

Cours de clinique chirurgicale. — M. le Pr DUPLAY commencera son cours le mardi 17 novembre 1896, à 9 heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure. — *Ordre du cours :* Lundi. Visite et examen des malades (salles des hommes). Mardi. Leçon clinique et opérations. Amphithéâtre de la clinique, à 9 heures et demie. Mercredi. Visite et examen des malades (salles des femmes). Jeudi. Opérations. (Chirurgie abdominale). Vendredi. Leçons clinique et opérations. Amphithéâtre de la clinique, à 9 heures et demie. Samedi, exercices gynéologiques (salles des femmes et spéculum). — *Enseignement complémentaires et exercices cliniques du soir.* 1° Conférences de séméiologie et méthodes d'exploration clinique, par M. le Dr Cazin, chef de clinique. Mardi, à 5 heures et demie (amphithéâtre de la clinique). 2° Exercices cliniques. Examen des malades par les élèves, sous la direction de M. le Dr Cazin. Jeudi et samedi, a 5 heures et demie (amphithéâtre de la clinique). 3° Conférences de gynécologie. Méthode d'exploration gynécologique, par M. le Dr Clado, chef des travaux gynécologiques. Lundi, a 5 heures (amphithéâtre de la clinique). 4° Exercices de gynécologie. Examen des femmes par les élèves sous la direction de M. le Dr Clado. Mercredi, à 5 heures (salle du speculum). 5° Conférences et exercices pratiques d'anatomie pathologique et de bactériologie, par M. le Dr Lamy, chef du laboratoire. Samedi a 11 heures (laboratoire de la clinique). 6° Conférences et exercices pratique de chimie biologique et pathologique, par M. Savoire chef adjoint du laboratoire. Mercredi à 11 heures (laboratoire de la clinique. 7° Conférences d'otologie et de rhinologie (méthodes d'exploration. Examen des malades, etc.), par M. le Dr Martha Vendredi, à 5 heures.

Cours de clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. — M. le Pr JOFFROY commencera le cours de clinique des maladies mentales le samedi 14 novembre 1896, à neuf heures et demie du matin, à l'amphithéâtre de l'Asile de Sainte-Anne et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. le Pr LANNELONGUE. — M. RICARD, agrégé, suppléant, commencera le cours de pathologie chirurgicale le vendredi 6 novembre 1896, à 3 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours de clinique des maladies des enfants. — M. MARFAN, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de clinique des maladies infantiles le samedi 7 novembre 1896, à 4 heures de l'après-midi (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres), et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — M. le Dr Feulard, ancien chef de clinique de la Faculté : maladies de la peau, les mercredis, à 10 heures. M. le Dr Cuvillier : maladies du nez, du pharynx, du larynx et des oreilles, les vendredis, à 10 heures. M. le Dr Larat : Electrothérapie, les jeudis, à 10 heures.

Conférences de pathologie interne. — M. F. WIDAL, agrégé, commencera ses conférences le lundi 9 novembre 1896, à 4 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Travaux pratiques de chimie biologique. — M. HANRIOT, agrégé, chef des travaux chimiques, commencera les conférences et ouvrira les travaux pratiques de chimie biologique, le samedi 7 novembre 1896, à 8 heures du matin (laboratoire des travaux pratiques de chimie. Ecole pratique). — MM. les Etudiants de première année sont obligés de suivre ces exercices ; ils seront répartis, pendant le semestre d'hiver, en trois séries qui auront lieu à partir du samedi 7 novembre. Ils recevront une lettre de convocation individuelle.

Travaux pratiques d'histologie (cours d'automne).— M. RÉMY, agrégé, chef des travaux pratiques d'histologie, assisté de deux moniteurs, fera, à partir du 20 octobre 1896, une série de démonstrations d'histologie. Cette série est spécialement destinée aux élèves de deuxième année (A. R.) et de première année (N. R. et A. R.) auxquels l'inscription du quatrième trimestre de l'année scolaire 1895-1896 a été refusée par suite d'absences ou de mauvaises notes aux exercices pratiques dont il s'agit. MM. les étudiants qui désireraient suivre cette série dans le but de régulariser leur situation et de recouvrer l'inscription perdue, devront en faire la demande écrite (sur papier timbré de 0 fr. 60) au doyen de la Faculté avant le samedi 17 octobre ; ils acquitteront le droit réglementaire : 40 francs.

Conférences sur les maladies de la peau. — M. GAUCHER, agrégé, commencera ces conférences le dimanche 15 novembre 1896, à 10 heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques, et les continuera tous les dimanches, à la même heure. Objet du cours : difformités cutanées. Dermatoses pigmentaires. Dermatoses vasculaires. Dermatoses hypertrophiques et tumeurs de la peau.

Conférences d'hygiène. — M. NETTER, agrégé, commencera ces conférences le samedi 7 novembre 1896 et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à 5 heures, dans le grand amphithéâtre. Les samedis, à partir du 16 novembre, la conférence aura lieu, à 3 heures, au laboratoire d'hygiène (Ecole pratique).

Conférences de pathologie externe. — M. LEJARS, agrégé, commencera ces conférences le samedi 7 novembre 1896, à 5 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : Chirurgie des membres.

Conférences de pathologie générale élémentaire (propédeutique). — M. MÉNÉTRIER, agrégé, commencera les conférences de pathologie générale élémentaire (propédeutique) le vendredi 6 novembre 1896, à 6 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Ces conférences sont destinées surtout aux étudiants de première année (nouveau régime).

Conférences de médecine légale. — M. THOINOT, agrégé, commencera ces conférences le lundi 9 novembre 1896, à 4 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté). et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie. — M. le Dr SEVESTRE, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le lundi 2 novembre 1896, à 9 heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon Trousseau), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie). Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de 16 inscriptions et MM les docteurs en médecine. — Ils seront classés par séries de douze et pour une période de quinze jours. (MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplome de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité). Chacun sera exercé à l'examen bactériologique et à la pratique des interventions opératoires. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1) tous les jours de midi à trois heures.

Cours pratique de laryngologie, rhinologie et otologie. — M. le Dr CASTEX, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, chargé de cours, commencera ses leçons le mardi 17 novembre 1896, à 3 heures (21, rue Guénégaud), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Sont admis à ce cours tous les étudiants et docteurs en médecine. On s'inscrit pour les exercices pratiques au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à 3 heures.

Laboratoire de pharmacologie et matière médicale (étude du droguier). — Le laboratoire de pharmacologie et matière médicale est ouvert à MM. les étudiants de 3e et 4e années, pour l'étude du droguier), les mercredis matin, de 9 heures à 11 heures, et les vendredis, de 1 heure à 5 heures. MM. les étudiants sont priés de se faire inscrire au laboratoire, tous les jours, de 1 heure à 3 heures.

Cours libres autorisés pour le 1er semestre de l'année scolaire 1896-1897, par le Conseil de l'Université de Paris, le 27 juillet 1896. — MM. les Drs DÉMELIN, manœuvres obstétricales, lundis, mercredis et vendredis, de 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2, amphithéâtre Cruveilhier, à partir du lundi 16 novembre 1896 ; — DUNOGIER, pathologie et thérapeutique dentaires, jeudis, à 5 heures, amphithéâtre Cruveilhier, à partir du jeudi 19 novembre 1896 ; LAVAUX, affections des voies urinaires, mardis, jeudis et samedis, à 2 heures, amphithéâtre Cruveilhier, à partir du mardi 15 décembre 1896.

Travaux pratiques d'anatomie pathologique, sous la direction de M. le Dr BRAULT, chef des travaux. — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique commenceront le mardi 3 novembre 1896. MM. les étudiants, pourvus de 13 inscriptions régulières (la 13e ayant été prise en octobre-novembre 1896), sont priés de se faire inscrire, pour lesdits travaux, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2) tous les jours, à partir du lundi 12 octobre 1896, jusqu'au samedi 21 novembre inclus, et de midi à trois heures. — Ils peuvent demander leur inscription par écrit. Des lettres de convocation leur seront adressées à domicile. Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

HOPITAUX

L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE est située Avenue Victoria, n° 3 et quai de Gesvres, n° 4. — Directeur, M. PEYRON. — Secrétaire général, M. DEROUIN. — Le Bureau du Personnel et du Service de santé est placé sous la direction du Secrétaire général ; Sous-chef du bureau du Personnel, M. MAROT ; Sous-chef du Bureau du Service de santé : M. LEJARS.

HÔPITAL ANDRAL, 35, rue des Tournelles : 96 lits (Hommes, 65 lits ; Femmes, 31 lits). — *Médecin* : M. MATHIEU. — Consultations pour les maladies de l'estomac et de la digestion le mercredi. — Consultations de médecine : tous les jours non fériés à 9 heures. M. le Dr POLGUÈRE, assistant; M. le Dr LÉTIENNE, suppléant. — Pharmacien : Un interne, sous la surveillance du pharmacien de Trousseau. — Dentiste : M. le Dr ROUSSEAU.

HÔPITAL BEAUJON, faubourg Saint-Honoré, 208 : 554 lits. — *Médecins :* M. FERNET. Salles Barth (H.) et Gubler (F.). Visite à 9 heures. M. RIGAL. Salles Béhier (F.) et Sandras (H.). Legroux (H.). Visite à 8 h. — M. DEBOVE. Salles Louis (H.) et Vulpian (F.). Visite à 8 h. 1/2. — M. TROISIER. Salles Monneret (H.) et Axenfeld (F.). Visite à 8 h. 1/2. — *Chirurgiens* : M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Salles Blandin (H.), Marjolin (H.) et Laugier (F.). Visite à 8 h. 1/2. Opérations le mardi. — M. Théophile ANGER. Assistant : M. le Dr LEJARS. Salles Gosselin (H.), Robert (H.) et Huguier (F.). Visite à 8 h. 1/2. Opérations le mercredi. — M. B. ANGER, Salles Malgaigne (H.), Ambroise Paré (H.) Jarjavay (F.) et Dolbeau (F.) (chirurgie-chroniques). Visite à 8 h. 1/2. — *Accoucheur* : M. RIBEMONT-DESSAIGNES. Visite 9 h. 1/2. Maternité. Consultations tous les jours à 10 heures. — *Pharmacien* : M. LÉGER. — *Dentiste* M. le Dr AGUILHON DE SARRAN. Consultations externes les mercredi et samedi, à 9 heures.

Tous les jours non fériés, consultations externes. *Médecine.* M. le Dr LAUNOIS, médecin des hôpitaux ; M. le Dr Soupault, suppléant.

— *Chirurgie* : M. le Dr Jarjavay, M. le Dr Bernard, suppléant. Entrée des malades de 8 h. à 9 h.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Elle est placée dans un local attenant aux chambres des internes; elle ne contenait guère que 500 volumes en 1878 ; elle en renferme maintenant plus de 2.000 grâce aux legs Gubler et Marjolin, à une subvention de 400 fr. accordée chaque année par le Conseil municipal et aux cotisations mensuelles des internes (1).

Hospice de Bicêtre, à Bicêtre. — 1,770 lits réglementaires pour les *vieillards et infirmes*, population réelle 1,937; 1,113 lits pour les *aliénés* et les *épileptiques;* population réelle 1,065. Dans ce dernier chiffre sont compris 460 enfants épileptiques ou arriérés et 26 épileptiques simples. — Infirmerie de l'hospice. *Médecin* : M. Marie. — *Chirurgien* : M. Chaput. — Nous avons insisté pour que l'Administration affectât quelques lits à l'infirmerie en médecine et en chirurgie pour des malades du dehors; ceci a été fait : 49 lits (26 en chirurgie et 23 en médecine).

Les *consultations* ont lieu pour la chirurgie les lundis, mercredis, vendredis, et pour la médecine les mardis, jeudis et samedis. — *Division des aliénés* : 1re section, M. Charpentier. — 2e section, M. Deny. — 3e section, M. Féré. — 4e section, M. Bourneville. — Médecin suppléant : M. Chaslin.— A Bicêtre, il n'y a pas d'externes; il n'existe que des internes et des internes provisoires. Depuis plusieurs années, par suite de la nomination d'un nombre plus considérable d'internes provisoires, on n'a pas eu besoin de recourir aux externes, ni même à de simples étudiants en médecine, pour remplir dans cet hospice les fonctions d'interne. Néanmoins, les internes titulaires ou provisoires ne vont pas volontiers à Bicêtre; cela tient à ce que le grand éloignement n'est nullement compensé par les avantages matériels que l'on devrait y rencontrer. Les logements dont nous avons signalé l'insalubrité ont été agrandis; c'est là un palliatif insuffisant. La seule chose à faire serait de construire un pavillon spécial. Un projet est à l'étude depuis longtemps ; il est très désirable que M. Peyron en fasse hâter le vote et l'exécution.— *Médecin dentiste* : Dr Bouvet. — *Pharmacien* : M. Berthoud.

Fondation Vallée. — Cette fondation qui appartient au *département* de la Seine, consacrée aux petites *filles idiotes* et *arriérées*, doit être le point de départ d'un asile de trois à quatre cents lits. Elle est administrée *provisoirement* par l'hospice de Bicêtre. Sa population actuelle est de 158 enfants.

Les internes ont une indemnité de 25 fr. par mois pour frais de déplacement (1).

Bibliothèque des Internes en médecine. — Fondée en 1865, enrichie du legs Burlaud, alimentée par les cotisations des internes, et surtout par les subventions du Conseil municipal (1877-1885), elle compte aujourd'hui plus de 3,400 volumes. Cette bibliothèque, déjà fort importante, rend des services considérables aux internes, mais elle se trouve très à l'étroit dans le local où elle est placée, et le défaut d'espace nuit au bon ordre et même au bon entretien d'un certain nombre de volumes. — Les internes de l'hospice ont encore un autre avantage : un sur trois des corps non réclamés reste à l'amphithéâtre et peut servir à la dissection ou à la médecine opératoire.

Ecole municipale d'Infirmiers et d'Infirmières. — Cette école, fondée au mois de mai 1878, comprend une *école primaire* et une *école professionnelle.* — *Cours théoriques* : *Administration*, M. Pinon, directeur de l'hospice ; — *Anatomie élémentaire et physiologie*, M. Bonnaire ; — *Pansements et petite chirurgie*, M. Noir ; — *Hygiène*, M. Sollier ; — *Soins aux femmes en couches et aux nouveau-nés*, M. Dubrisay ; — *Petite pharmacie*, M. Cornet.

Hôpital Bichat, boulevard Ney : 185 lits. — *Médecins* : M. Roques. Salles Bazin (H.) et Louis (F.). — M. Lacombe. Salles Andral (H.) et Récamier (F.). — *Chirurgien* : M. Terrier. Assistant, M. le Dr Hartmann. Salles Jarjavay (H.) et Chassaignac (F.). Grandes opérations (chirurgie abdominale), les mardi, jeudi et samedi, à 8 h. 1/2. — Vaccinations (vaccin de génisse), le lundi à 8 h. du matin. — Pharmacien : M. Guerbet. — Dentiste : M. le Dr Rousseau.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours non fériés à 9 heures du matin. *Médecine* : M. le Dr Barbier, assistant ; M. le Dr Pineau, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Péraire, assistant ; M. le Dr Reymond, suppléant.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, alimentée par une subvention annuelle du Conseil municipal, de 400 fr. et par les cotisations mensuelles (2 fr.) des Internes, contient environ 400 volumes.

Hôpital Broca, n° 111, rue Broca : 300 lits, savoir : 222 de médecine, syphilitiques 178 et dermatologie 44 ; chirurgie 68 lits et 10 berceaux. — M. Renault : Salles Cullerier et Natalis Guillot (syphilitiques), 82 lits. Salle Fracastor B (Dermatologie), 22 lits. Consultations les lundis et vendredis à 9 heures 1/2. — M. de Beurmann. Salles Astruc, Goupil et Van Swieten (syphilitiques), 96 lits. Salles Bouley et Fracastor C (dermatologie), 22 lits. Consultations les lundis et mercredis. — *Chirurgien* (Gynécologie) : M. Pozzi. Salles A, B et C de l'ancien hôpital Pascal. — La salle B contien 20 lits d'accouchements et 10 berceaux, dont 10 lits pour accouchements de vénériennes. — Pharmacien : M. Gasselin. — Dentiste : M. le Dr Jarre.

Consultations de Chirurgie générale. — Tous les jours non fériés à 9 heures, 76, rue Pascal. — M. le Dr Jayle, assistant; M. le Dr N..., suppléant.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Le Conseil municipal, en 1879, a voté une somme de 400 fr. pour la bibliothèque des internes en médecine. Depuis, il a voté tous les ans la même somme.

Hôpital Broussais, 96, rue Didot. — L'hôpital Broussais comprend 264 lits et est pourvu de trois services, dont deux de médecine ayant chacun 100 lits et un de chirurgie de 64 lits (30 pour les hommes et 34 pour les femmes). Parmi les 200 lits de médecine, 80 sont réservés aux maladies chroniques (40 pour les hommes, 40 pour les femmes) et 120 aux maladies aiguës. Le service est fait par deux médecins titulaires, assistés chacun d'un interne ; et par un chirurgien, assisté de deux internes. — *Médecins* : M. Gilbert. Salles Lasègue et Parrot (H.), Cazalis et Gubler (F.). — M. Barth. Salles Delpech et Hillairet (H.), Archambault et Axenfeld (F.). *Chirurgien* : M. Campenon. Salles Follin (H.) et Broca (F.). La pharmacie de l'hôpital est confiée à l'un des internes en pharmacie, sous la surveillance du pharmacien de l'hôpital Necker. Chaque service de médecine (hommes) comporte 20 lits de maladies chroniques et 32 lits pour maladies aiguës; et, pour les femmes, 20 lits de chroniques et 28 lits pour maladies aiguës. — *Dentiste* : M. le Dr Roy.

Consultation de médecine et de chirurgie. — Tous les jours non fériés à 9 heures du matin. — *Médecine* : M. le Dr Wurtz, médecin des hôpitaux ; M. le Dr Ad. Laffitte, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Morestin, assistant, faisant fonction de titulaire ; M. le Dr Malherbe, suppléant.

Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob, 620 lits. — *Clinique médicale* : M. le Pr Potain ; Chef de clinique, M. Teissier. Visite à 8 h. 1/2. Salles Bouillaud (H.) et Piorry (F.). Examen au spéculum les jeudis et vendredis à 10 h. Leçons au lit du malade les lundis, mercredis et vendredis à 8 h. 1/2. Interrogatoire des malades par les élèves le jeudi à 8 h. 1/2. Leçons au grand amphithéâtre avec présentation de malades et de pièces pathologiques les mardis et samedis, à 9 h. 1/2. Autopsies pratiquées devant les élèves, au grand amphithéâtre. — *Clinique chirurgicale.* Professeur, M. Tillaux. Chef de clinique, M. Souligoux Leçons de clinique chirurgicale et opérations les mercredis et vendredis, à 9 h. Visite des malades à 10 h. Salles Velpeau et Trélat (H.), Gosselin (F.). *Chirurgiens* : Service de M. X... Salles J.-L. Petit (F.) et Boyer (H.) Visite des malades à 9 heures. Le mercredi, leçon de clinique chirurgicale et opérations. Le samedi, examen à l'ophthalmoscope. Examen au spéculum le jeudi. — *Médecins* : M. X... Salles Beau (F. et crèche de 14 lits et Vulpian (H.). Visite à 8 heures et demie. — M. Bouchard. Salles Cruveilhier (F.) et Corvisart (H). Visite des malades à 9 heures. — M. Labadie-Lagrave. Salles Briquet (F.) et Rayer (H.). Visite des malades à 8 h. — M. Gouraud. Salles frère Côme (F.), et Laënnec (H.). Visite à 9 h. 1/2. — M. Moutard-Martin. Salles Andral (F.) et Louis (H.). Visite à 9 h. — *Accoucheur* : M. le Dr Porak. Service spécial d'accouchements. Tous les matins à 9 heures. Les étudiants, pour être admis dans le service, doivent être munis de cartes délivrées à l'hôpital. Enseignement clinique les mardi, jeudi et samedi. Consultation pour les femmes enceintes tous les jours. — Pharmacien : M. Guinochet. — Dentiste : M. le Dr Cruet. Consultations externes, les mardis et samedis à 9 heures.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours non fériés à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr Gallois, assistant ; M. le Dr Springer, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Thiéry, agrégé, M. le Dr N..., suppléant.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, fondée par le Dr Passant, a été transférée dans un vaste local convenablement aménagé. Elle a reçu des dons importants provenant des bibliothèques du regretté Clozel de Boyer, du professeur Bouillaud et de M. Farcy. Les internes en médecine

(1) Les chiffres que nous donnons pour les *Bibliothèques médicales* sont approximatifs, car l'Administration n'en fait pas établir chaque année un *inventaire.*

(1) Il est à remarquer que les externes des hôpitaux dits excentriques touchent comme indemnité de déplacement 30 fr. et même 50 fr., par exemple à Tenon. Ne serait-il pas juste qu'il y eût des indemnités égales pour des distances égales, qu'on soit médecin, chirurgien, interne ou externe ? (Voir le n° 43, p. 267).

donnent tous les journaux et thèses qu'ils reçoivent et pourvoient aux frais d'entretien en s'imposant une cotisation mensuelle. Elle reçoit 400 fr. chaque année du Conseil municipal.

Clinique d'accouchements et de gynécologie, rue d'Assas, 89 : 178 lits (femmes enceintes, 60, accouchées, 50, gynécologie, 12 ; berceaux, 56). — *Accouchements* : M. le professeur Tarnier ; Chef de clinique, M. Dubrisay. — Leçons : mardi et samedi, à 9 heures, à l'issue de la visite. Les étudiants peuvent entrer munis d'une carte spéciale qui leur est délivrée par le professeur ou la Faculté. Actuellement, les docteurs français et étrangers et les élèves désireux de s'inscrire pour suivre assidûment le service sont certains d'en obtenir l'autorisation à condition de satisfaire à certaines mesures de contrôle. Ce contrôle, indispensable à la surveillance et à la sécurité hygiénique de l'établissement, consiste dans le port de la carte déjà mentionnée. Ces conditions remplies, les élèves du service de la Faculté examinent, à tour de rôle, les femmes enceintes, en travail ou récemment accouchées, sous la direction du professeur ou du chef de clinique. Ils sont organisés en séries pour la pratique des accouchements. L'entrée de l'hôpital est accordée à tous dans le cas d'intervention opératoire. Le jeudi, consultation de gynécologie, à 9 heures ; les élèves assistent aux examens au spéculum des malades du dehors et de celles du service. La maison est en outre désignée pour le stage que les élèves sages-femmes sont obligées de faire. Elles sont envoyées par la Faculté qui leur délivre une carte. La durée de ce stage est de deux années. — Pharmacien : M. Grimbert. — Dentiste : M. le Dr Moiroud. — Sage-femme en chef : Mlle Hanicot ; 3 aides sages-femmes.

Maison d'accouchements Baudelocque, 125, boulevard Port-Royal : 180 lits (dont 14 lits de gynécologie et 71 berceaux). — M. Pinard, professeur. Chef de clinique, M. Bouffe de St-Blaise. L'ancien pavillon Tarnier fait dorénavant partie de la nouvelle Clinique d'accouchements, dite Maison d'accouchements Baudelocque. Ce nouveau service, qui a son entrée boulevard de Port-Royal, 125, est absolument indépendant de la Maternité. — Sage-femme en chef : Mlle Roze ; 4 aides sages-femmes. — Pharmacien : M. Prunier, pharmacien de la Maternité. — Dentiste : M. le Dr Moiroud.

Hôpital Cochin, 47, faubourg Saint-Jacques : 472 lits (dont 60 lits de gynécologie et 40 lits de réserve de chirurgie (H.). — *Médecins* : M. Richardière, 80 lits. Salles Lasègue (H.) et Trousseau (H.), 60 lits, plus une salle de 20 lits (F.) dans une baraque. Visite à 9 h. 1/2 du matin. Interrogatoire des élèves au lit du malade. — M. Chauffard, 125 lits. Salles Chauffard, Woillez et Beau, 78 lits (H.). Salles Briquet et Blache, 47 lits (F.). Visite à 9 h. 1/2. Spéculum le jeudi. Un laboratoire de bactériologie parfaitement aménagé, et un amphithéâtre de cours particulier sont annexés au service. — *Chirurgiens* : M. le Dr Schwartz. 76 lits, Salles Demarquay et Gosselin, 34 lits (H.) ; chambres d'isolement, 7 lits (H.) Salles Richet et Sédillot, 30 lits (F.) ; chambres d'isolement, 5 lits (F.). Visite à 9 h. Leçons cliniques au lit des malades et conférences de pathologie chirurgicale. — M. le Dr Quénu. 91 lits. Salles Cochin et Boyer, 51 lits (H.). Pavillon Pasteur, 40 lits (F.). Service temporaire de chirurgie (réserve), 40 lits (hommes), salles Viel et Antheaume. Visite à 9 h. Conférences cliniques tous les jours au lit des malades, plus un service de réserve chirurgie (H). 1 interne provisoire, 40 lits.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours non fériés à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr Lebreton, médecin des hôpitaux ; M. le Dr N..., suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Sébileau, chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr Wassilieff, suppléant.

Gynécologie chirurgicale : M. le Dr Bouilly, pavillon Velpeau, 60 lits. Deux internes. Ce service est interdit aux étudiants en médecine. Cependant, avec une permission spéciale du chef de service, quelques élèves peuvent assister à la visite qui a lieu à 8 h. 1/2. Les consultations et admissions pour le service de gynécologie ont lieu les lundi, mercredi et vendredi. — *Traitement des maladies des dents* : M. le Dr Moiroud, dentiste. Consultation, traitement et extraction, le vendredi de chaque semaine, à 9 heures du matin, pour le public ; pour les malades à la demande de MM. les Chefs de service.

Pharmacien : M. Lafont. Un laboratoire de chimie est annexé à la pharmacie.

La *Bibliothèque des Internes en médecine* a été fondée en 1877. Elle reçoit du Conseil municipal une subvention annuelle de [illegible]0 fr. et compte aujourd'hui 600 volumes. La bibliothèque des internes en pharmacie a été fondée en 1886 après la laïcisation. Elle reçoit annuellement une subvention de 300 fr. et compte déjà plus de [illegible]00 volumes.

Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres : 651 lits. — Depuis le 1er janvier 1884, la chaire de clinique des maladies des Enfants est transférée de l'hospice des Enfants-Assistés à l'hôpital des Enfants-Malades. M. le professeur Parrot a été remplacé par M. le professeur Grancher en février 1885. — M. Grancher (ou le chargé de cours, M. Marfan) fait des leçons cliniques le mardi et le samedi, à 4 heures, à partir du mois de novembre. Consultations spéciales dans le service : le mercredi, maladies de la peau, par M. le Dr Feulard ; le vendredi, maladies du nez, et de la gorge et des oreilles, par le Dr Cuvillier ; le jeudi, électrothérapie par M. Larat. Ce service est à voir à cause d'essais récents curieux. — Une amélioration importante a été apportée en l'année 1884, dans la répartition des services de médecine. Jusque-là, quelques médecins avaient des salles exclusivement consacrées au traitement des maladies aiguës ; d'autres, moins bien partagés, n'avaient que des salles de chroniques. La translation de la chaire de clinique à l'hôpital des Enfants a amené une nouvelle distribution des services. Chaque médecin (ils sont au nombre de six, y compris le professeur de clinique) a un service d'aigus, un service de chroniques. — M. le Pr Grancher a un service de chroniques filles. — M. le Dr J. Simon a un service de teigneux garçons. — M. le Dr d'Heilly, a un service de teigneux filles. Les autres médecins n'ont pas de service de chroniques. Les deux salles de chroniques Molland G. et Bilgrain F. appartiennent à M. le Dr Arun depuis le 1er janvier 1894, et forment un service de *chirurgie chronique*. Chacun d'eux fait dans la semaine une leçon clinique à l'amphithéâtre. — *Médecins* : M. Grancher, professeur. Chef de clinique, M. le Dr Renault. Consultation le lundi. Visite à 9 heures. Salles Bouchut (G. aigus), Parrot (F. aiguës), Husson (Crèche de 8 lits et F. chroniques). Le laboratoire dépendant de la chaire de clinique des maladies des Enfants est installé au 2e étage du bâtiment de l'horloge. — M. J. Simon. Consultation le samedi (conférences cliniques). Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre le mercredi à 10 heures. Salles Blache (G. aigus), Archambault (G teigneux). Les teigneux sont examinés le mardi de chaque semaine dans la salle Archambault. — M. Descroisilles. Consultation le mardi. Visite à 8 heures 1/2. Conférences cliniques à l'amphithéâtre, le vendredi, à 10 heures. Salles de Chaumont (F. aiguës). — M. le Dr Moizard. Leçons cliniques le mercredi et le samedi au lit des malades. Consultation le vendredi. — M. d'Heilly. Consultation le jeudi. Visite à 9 h. Salles : (F. aigus). Gillette, leçons cliniques, le mardi au lit des malades. Salle Bazin (teigneuses F.). Conférences cliniques le mardi à 10 heures.

Pavillons d'isolement. — Les deux pavillons (pavillon Trousseau) inaugurés en 1882, pour l'isolement et le traitement de la diphtérie, renferment chacun 14 lits (il a été ajouté en 1895 deux annexes comprenant chacune 5 lits d'isolement) et sont destinés l'un aux garçons, l'autre aux filles. Le service est fait par M. le Dr Sevestre. Ils sont assez bien aménagés. Les internes y font peu de trachéotomies actuellement et de nombreux tubages. Au commencement de l'année, un moniteur de trachéotomie (un ancien interne de l'hôpital) guide les internes pendant un mois, comme à Trousseau. — Le service spécial des Rubéoliques n'est pas dans un pavillon spécial, mais bien comme la scarlatine dans une salle ordinaire, au 2e étage d'un pavillon (pavillon Guersant), récemment fondé, ouvert le 1er janvier 1886, est fait de la même façon par les médecins de l'hôpital. — On y avait construit jadis un pavillon (système André) de 24 lits pour le traitement des Scarlatineux ; mais ce pavillon n'existe plus ! il a été transporté à Aubervilliers. Le service de la scarlatine est dans une salle ordinaire au 2e étage d'un pavillon. — Installation d'un service de crèche de 16 lits dans les dépendances de l'ancienne communauté, pour les enfants d'un an et au-dessous. Le service de la rougeole, de la scarlatine et de la crèche est fait à tour de rôle par chacun des médecins de l'établissement et pendant un an, depuis le 1er janvier 1895. Un service de douteux, contenant 18 chambres d'isolement, a été ouvert le 1er janvier 189[illegible], chef, M. le Dr Moizard.

Chirurgiens : M. de Saint-Germain. — Visite à 8 h. 1/2. Consultations les lundis, mardis, jeudis, samedis. Les consultations pour les maladies des yeux les mardis, jeudis, samedis. Conférences cliniques à l'amphithéâtre le jeudi, à 9 h. Opérations les mardis, jeudis, samedis. Le samedi, consultation d'orthopédie. Salles Giraldès, Bouvier (F.), salle Baudelocque (F. maladies des yeux), B[illegible]fos (G. maladies des yeux). M. Brun, salle [illegible]olland (G chroniques), Billgrain (F. chroniques). Visite à 9 heures. Consultations de chirurgie les mercredis et vendredis à 10 heures. — Pharmacien : M. Sonnié-Moret. — Dentiste : M. le Dr Galippe. Consultations externes le lundi et vendredi à 9 heures.

Bibliothèque. — Elle possède actuellement 1,600 volumes environ, M. le Dr Ollivier ayant légué sa bibliothèque médicale à l'hôpital. Elle reçoit chaque année une allocation du Conseil municipal.

Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau : 792 lits. — *Médecin* : M. Hutinel. Salles Archambault et Valleix. Visite tous les jours de 8 h. 1/2 à 10 h. du matin. — *Chirurgien* : M. Kirmisson ; assistant spécial, M. Sainton. Salles Giraldès et Bouvier. — *Consultations pour les maladies de l'enfance.* Des consultations gratuites pour les maladies des enfants sont établies à l'hospice des Enfants-

Assistés. Ces consultations ont lieu régulièrement tous les jours, à 9 heures du matin, le lundi, le mercredi et le vendredi, pour la médecine, et le mardi, le jeudi et le samedi, pour la chirurgie et l'orthopédie. Entrée, rue Denfert-Rochereau, n° 76. — Un pavillon contenant 16 lits a été annoxé à la Consultation. On y reçoit les enfants dont l'état nécessite des opérations, qui ne peuvent pas être pratiquées à la Consultation. Il existe à l'hospice des pavillons spéciaux d'isolement pour les maladies contagieuses. — Pharmacien : Un interne, sous la surveillance du pharmacien de la Clinique, est chargé de la pharmacie. — *Dentiste* : M. le Dr THOMAS. Consultations pour les maladies de la bouche et des dents le lundi et le vendredi, à 9 heures.

Annexe de l'Hospice des Enfants-Assistés, à Thiais. — Le service médical est confié à un médecin de Choisy-le-Roi, M. LAFOREST.

Une autre *annexe* a été installée à Châtillon-sous-Bagneux (Seine). Cet établissement est destiné à recevoir les enfants athreptiques et syphilitiques, qui ne peuvent pas être envoyés à la campagne. — Médecin : M. le Dr BARBILLION.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, fondée il y a quelques années, possède actuellement environ 200 volumes. Elle a reçu à titre de premier don du Conseil municipal une somme qui a permis l'achat du *Dictionnaire de Méd. et de Chir. prat.* Une somme de 200 fr. est allouée chaque année par l'Administration de l'Assistance publique pour l'entretien de cette bibliothèque. Un certain nombre d'ouvrages reçus sont dus à la libéralité de leurs auteurs.

HÔTEL-DIEU, Parvis Notre-Dame : 563 lits. — *Médecins* : M. DIEULAFOY. Salles Saint-Christophe (H.), Sainte-Jeanne (F.). Visite à 9 h. 1/2 ; — M. PROUST. Visite à 9 heures, salles Saint-Charles (H.) et Ste-Madeleine (F.). — M. AUD'HOUI. Visite à 8 h. 1/2. Salles St-Augustin (H.), et Ste-Monique (F.). Tous les jours, examen au lit des malades. — M. CORNIL. Visite à 8 h. 1/2. Salles St-Denis (H.) et Ste-Martine (F.). — M. STRAUS. Visite à 9 h. Salles St-Louis (H). et Ste-Marthe (F.). — M. FERRAND. Visite à 9 heures. Salles St-Thomas (H.) et Ste-Anne (F.). — *Chirurgiens*: M. DUPLAY, professeur de clinique. M. CAZIN, chef de clinique. Salles St-Jean F. (gynécologie), Saint-Landry (H.) et Notre-Dame (F.). — M. POLAILLON. Visite à 8 h 1/2. Salles Sainte-Marthe (F.) et Saint-Côme (H.). Leçons et opérations le lundi et le mercredi. Examen clinique au lit du malade le vendredi. M. PANAS, professeur de clinique. M. Terson, chef de clinique. Visite à 9 heures Salles St-Julien (H.) et Ste-Agnès (F.). (Maladies des yeux). Consultations tous les jours.

Consultations de médecine et de pharmacie tous les jours non fériés à 9 h. *Médecine* : M. le Dr Paul RAYMOND, assistant; M. le Dr TRIBOULET, suppléant. *Chirurgie* : M. le Dr DEMOULIN, chirurgien des hôpitaux; M. le Dr Macquard-Moulin, suppléant. — *Cliniques de la Faculté* : MM. DIEULAFOY, PANAS et DUPLAY, professeurs. M. DIEULAFOY, le mercredi à 9 h. 1/2 et le samedi à 10 heures; Chef de clinique, M. CHARRIER. Chef des laboratoires, M. CAUSSADE. — M. DUPLAY, les mardis et vendredis. Chef de clinique chirurgicale, M. CAZIN. Chef des laboratoires, M BERDAL. Il existe à l'Hôtel-Dieu un laboratoire d'histologie, un laboratoire de chimie et de physiologie. Un local considérable a été attribué à ces laboratoires, qui sont installés d'une manière satisfaisante. Il y a, de plus, à l'Hôtel-Dieu, cinq grands amphithéâtres et cinq salles de conférences, où les chefs de services et les fonctionnaires des laboratoires peuvent faire des leçons théoriques et pratiques, qui sont annoncées par des affiches spéciales. — Clinique des maladies des yeux, M. PANAS, Chef de clinique ophtalmologique, M. TERSON. Les élèves sont exercés au maniement de l'ophthalmoscope. Leçons cliniques les lundis et vendredis. Examen ophtalmologique tous les mercredis. Un cabinet de physique, annexé à ce service, permet d'initier les élèves aux difficultés de la réfraction. — M. MERMEX, chef du laboratoire.

Pharmacien : M. VILLEJEAN. — Dentiste : M. PIETKIEWICZ. Consultations les lundis et vendredis, à 9 heures.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, fondée depuis plusieurs années, est très belle et compte aujourd'hui plus de 3,000 volumes et de 6,000 thèses; une somme de 2,000 fr. lui a été attribuée par le Conseil municipal, en 1877 ; elle reçoit 500 fr. chaque année depuis 1878.

HÔTEL-DIEU (annexe). — 1° *Service temporaire de médecine*, 158 lits M. X .., salle Saint-Antoine (H,) et salle Saint-Landry H); M. X..., salle Saint-Bernard (H. et salle Saint-Raphaël (H.). Chacun des services est confié pendant six mois à un des médecins des hôpitaux.

2° *Maternité.* — 56 lits et 54 berceaux. Salle de travail et isolement. Salle Baudelocque. Salle Mauriceau. Le service est assuré par un des accoucheurs des hôpitaux.

HÔPITAL LAENNEC, 42, rue de Sèvres. Nombre de lits : 628, dont 20 pour les enfants, crèche. — *Médecins* : M. MERKLEN. Salles Béhier, Larochefoucauld et Becquerel (H.), Claude-Bernard, Piorry (F). — M. GINGEOT. Salles Trousseau et Damaschino (H.), Louis et Monneret (F.). — M. OULMONT. Salles Beau et Cruveilhier (H.), Legroux et Quesnay (F.). — M. LANDOUZY. Salles Rostan et Grisolle (H.), Chomel et Broca (F.). Guersant (crèche). Tous les jours non fériés consultations de médecine et de chirurgie de 8 à 9 heures pour les habitants du VIIe arrondissement. — *Chirurgien* : M. N... Salles Malgaigne (H.) et Chassaignac (F.), Boyer (H. et F.), pavillon des grandes opérations (pavillon Récamier). Il y a, en outre, 112 lits supplémentaires pour les chroniques. Dans chaque service il y a deux salles affectées aux maladies chroniques (H. et F.). — Pharmacien : M. BOURQUELOT. — Dentiste : M. le Dr ROUSSEAU. Consultation le mardi.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours non fériés à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr DE GRANDMAISON, assistant; M. le Dr Aviragnet, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr VILLEMIN, chirurgien des hôpitaux; M. le Dr Benoit, suppléant.

Des conférences cliniques ont lieu tous les jours à l'hôpital Laënnec, dans le nouvel amphithéâtre, agencé de manière à permettre des démonstrations pratiques au moyen de projections. Ces conférences seront reprises au mois de décembre dans l'ordre suivant Mercredi, M. Merklen. — Jeudi, M. Landouzy et Gingeot. — Samedi, MM. Oulmont et N...

Des laboratoires et des musées particuliers sont annexés à chaque service (1). Le laboratoire appartient à M. le Dr Landouzy, depuis le décès de M. Damaschino et est disposé pour des recherches d'histologie, de physiologie pathologique et de chimie, recherches de microbes, etc., etc. Un atelier de photographie est annexé à l'hôpital ; il permet de conserver la photographie des malades et des pièces anatomiques intéressantes. Un superbe établissement de bains est ouvert, tant pour le service interne que pour le service externe : on y trouve indépendamment de deux vastes salles (H. et F.), douches, salles de sudation, vapeur, etc., une étuve de désinfection à vapeur sous pression.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE, rue A. Paré : 905 lits, dont 841 pour adultes, 64 pour enfants au berceau, y compris 6 lits pour malades à isoler dans le service d'accouchements, 6 lits de femmes enceintes et 7 lits d'isolement pour femmes atteintes de la diphtérie. — *Médecins* : M. DUGUET. Consultation pour les goitres le mercredi. Salles Bernutz (F.) et Grisolle (H.). Visite à 9 h. — Traitement des *goitres*, le mercredi à 10 heures. — M. MUSELIER. Salles Langle (F.) et Rabelais (H.). Visite à 9 heures. — M. LANDRIEUX. Consultations de gynécologie le jeudi. Salles Trousseau (F,) et J. Bouley (H.). Visite à 9 h. Consultation de gynécologie et spéculum le jeudi. — M. DREYFUS-BRISAC. Salles Vincent de Paul (crèche), Maurice Raynaud (F.), Woillez et Barth (H.). Visite à 9 heures. — M. TAPRET. Salles Louis (F.) et Bazin (H.). Visite à 9 heures. — M. GOUGUENHEIM. Salles Aran (F.) et Lasègue (H.). Pavillon d'isolement (Pavillon Davaine) (F.). Visite à 8 h. 1/2. — Les consultations pour les maladies du *larynx* et du *nez* et les examens laryngoscopiques ont lieu les mardis, jeudis et samedis de 9 h. à 11 h. Leçons cliniques par M. Gouguenheim. Assistant de la consultation spéciale de laryngologie et d'otologie, M. Courtade. — *Chirurgiens* : M PÉRIER, assistant M. le Dr ROCHARD. Salles Denonvilliers (F.), Chassaignac (H.), Voillemier (H.). Visite à 9 h. — M. REYNIER. Salles Gosselin (F.). Ambroise Paré (H.). Visite à 8 h. 1/2. — M PEYROT, assistant M. le Dr GUINARD. Salles Elisa Roy (F.), et Nélaton (H.). Examen des malades, les lundi et jeudis; opérations les mardis et vendredis. — M. DELENS. Assistant spécial, M. ROCHON-DUVIGNAUD. Service des maladies des yeux. Consultation et traitement des malades externes tous les jours à 9 h., sauf le dimanche. Salle Demours (F.) et Daviel (H.). Visite à 9 heures. — *Service d'accouchements* : M. MAYGRIER. Salles La Chapelle et Mauriceau (F) (entrée par le 43 du boul. de la Chapelle). Chambres d'isolement (salle Perreau). Visite tous les matins, à 9 heures 1/2. Consultations tous les jours le dimanche excepte. Les élèves, *munis de cartes*, délivrées par le chef de service, sont organisés par séries pour l'examen des femmes enceintes et des femmes en travail. Ils font des accouchements sous la direction du personnel. L'accès de l'hôpital leur est permis pendant toute la journée, lorsqu'une femme est en travail. Environ deux mille deux cents femmes par an se présentent pour accoucher et sont réparties entre les salles d'accouchement et les sages-femmes (8) agréées du service de la ville. Conférences théoriques et cliniques avec exercices sur le mannequin.

Laboratoires : MM. Muselier, Duguet, Tapret, Landrieux, Dreyfus-Brisac et Gouguenheim.

Pharmacien : M. PATEIN.

(1) Nous pensons toujours que l'Administration ferait bien de réunir tous ces musées particuliers, qui constituent des foyers peu hygiéniques, dans le musée spécial qui a été construit, après un vote du Conseil municipal, dans le nouveau service des morts.

Dentiste : M. le Dr Ferrier. Consultations externes les mardis et samedis à 9 heures.

Consultations de Médecine et de Chirurgie, tous les jours non fériés, à 9 heures. - *Médecine* : M. le Dr Paul Tissier, assistant; M. le Dr Létienne, suppleant. — *Chirurgie* : M. le Dr Beurnier, chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr Manson, suppléant.

Bibliothèque des internes en médecine.—Installée définitivement dans une salle spéciale, elle a obtenu du Conseil municipal une subvention de 2,000 fr. en 1876, de 500 fr. à partir de 1878. Elle compte environ 2,500 volumes.

Bibliothèque des internes en pharmacie. — Ils ont reçu de 1886 à 1899 une subvention de 300 francs pour la fondation et l'entretien d'une bibliothèque à leur usage personnel. La bibliothèque est installée dans une salle spéciale.

Ecole municipale d'Infirmières (même organisation qu'à la Pitié). — *Cours d'Administration* : M. Montreuil, directeur do Lariboisière. — *Anatomie*: M. le Dr Dauriac, ex-interne des hôpitaux. — *Physiologie* : M. le Dr Pilliet, ex-interne des hôpitaux. — *Pansements* : M. le Dr Isch-Wall, ex-interne des hôpitaux. — *Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés* : M. le Dr Maygrier, accoucheur des hôpitaux, agrégé de la Faculté. — *Hygiène* : M. le Dr L. Tissier, accoucheur des hôpitaux. — *Petite Pharmacie* : M. le Dr Cornet, ex-interne en pharmacie des hôpitaux.

Maison municipale de Santé, rue du Faubourg-Saint-Denis, n° 200. 310 lits. — *Médecins* : MM. Œttinger et Le Gendre. — *Chirurgiens* : MM. Tuffier et Picqué. Cet établissement ne reçoit que des malades payants. Il n'est accessible qu'aux élèves du service, internes et externes. Salles d'opérations nouvellement installées. Les internes possèdent une *Bibliothèque médicale* contenant plus de 600 vol., dont une partie a été léguée en 1875 par M. Demarquay. En 1886, elle s'est enrichie du Dictionnaire de Jaccoud. Plusieurs collections de journaux seraient à compléter. Elle reçoit du Conseil municipal une subvention annuelle de 400 francs. La Maison municipale de santé possède trois laboratoires, un pour chaque service de médecine, et un pour les deux services de chirurgie. — La pharmacie est confiée à un interne, sous la surveillance du pharmacien de l'hôpital Lariboisière.

Maison-École d'accouchements, 119, boulevard de Port-Royal. 268 lits et 82 berceaux — *Médecin* : M. Charrin. — *Accoucheur en chef*: M. le Dr Budin. — *Accoucheur adjoint*: M. le Dr Boissard. Consultations les lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures du matin. Chirurgien consultant, M. Bouilly. — Pharmacien : M. Prunier. — Dentiste : M. le Dr Moiroud. Sage-femme en chef, Mlle Hénault; 6 aides sages-femmes Cet hôpital est complètement fermé aux étudiants; il est réservé, par l'Administration de l'Assistance publique, pour l'éducation des élèves sages-femmes. Il y a trois internes : un est attaché au service de médecine, les deux autres au service d'accouchement ; il n'y a pas d'externes. Cette maison comprend, en réalité, deux parties distinctes : l'Hôpital et l'Ecole. — Les femmes enceintes peuvent être reçues pendant le neuvième mois de leur grossesse : une salle contenant 30 lits leur est destinée. Si ces femmes sont atteintes d'une affection médicale ou offrent un rétrécissement du bassin, elles peuvent être admises dans deux salles spéciales, l'une (méd.) de 23 lits, l'autre de 12 lits. Le service d'accouchement se compose de deux salles, de 32 lits chacune pour les femmes qui ont des suites de couches simples, d'une salle de 12 lits pour les femmes suspectes ou dont l'accouchement a été laborieux, etc., et enfin d'une autre salle de 12 lits où les femmes malades peuvent être isolées. Il y a donc, au total, 88 lits pour les femmes accouchées et 42 lits pour les femmes enceintes. Sept nourrices sont attachées au service d'accouchement ; trois au service de médecine.

Un nouveau service a été ouvert récemment pour les enfants nés prématurément ou débiles ; il comporte 12 berceaux et 16 couveuses construites en fer et en glaces. 15 nourrices y sont attachées. On reçoit les enfants amenés du dehors à toute heure. Cette crèche est placée sous la direction de M. Budin, accoucheur en chef de la Maternité.

L'Ecole d'accouchement possède en moyenne une centaine d'élèves ; elle est sous la direction de l'accoucheur en chef, M. le Dr Budin, assisté de Mlle Henault, sage-femme en chef. Pendant les vacances de l'accoucheur en chef, l'accoucheur-adjoint prend la direction du service. Il y a six aides sages-femmes, choisies parmi les lauréates des concours. Toutes les élèves sont internes : elles peuvent sortir une fois par mois, accompagnées de leur père, de leur mère, de leur mari ou du correspondant désigné par les ayants-droit. Le prix de la pension est fixe, par an, à 1,100 fr. La durée des études est de deux années.

Outre le cours d'accouchement, les élèves suivent des leçons sur les maladies puerpérales et les maladies des nouveau-nés, faites par le médecin de la Maternité ; sur l'anatomie et la physiologie élémentaires, faites par les internes du service d'accouchement.

Lorsque, le 1er janvier 1895, le service de la Maternité a été confié aux accoucheurs des hôpitaux, un règlement nouveau a été élaboré par le Directeur général et par le Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Ce règlement porte que, contrairement à ce qui existait auparavant, l'accoucheur en chef a la direction générale et la responsabilité de tous les services obstétricaux; il a la direction de l'enseignement théorique et pratique.

Des *laboratoires* (histologie, microbiologie, préparation du lait ont été organisés.

Une *consultation pour les nourrissons* a lieu tous les samedis elle est destinée à surveiller l'allaitement et l'hygiène d'enfants nés à la Maternité; elle est semblable à celle que M. Budin avait créée à la Charité.

M. Budin a été autorisé à faire, dans le courant de l'année, pendant trois mois, *une leçon clinique par semaine*, aux médecins et aux étudiants. Ces leçons ont lieu du 15 mars au 15 juin.

Hôpital Necker, 151, rue de Sèvres : 475 lits. — *Médecins* M. Cuffer. Consultations pour les maladies du système nerveux le jeudi à 10 h. : Salle Vernois (H.) et pavillon Peter (16 lits de femmes et 16 lits de crèche). Spéculum le samedi. — M. Huchard Consultations pour les maladies du cœur, le mardi : Salles Chauffard (H.), Delpech (F.). Mardi, démonstrations anatomiques et bactériologiques au laboratoire, à 10 heures. Jeudi, conférences de clinique thérapeutique au lit du malade, à 9 heures. Samedi, à partir de janvier, leçons cliniques à l'amphithéâtre des cours, à 10 h. Spéculum le lundi et le jeudi. Le mardi, à 9 heures, consultation spéciale pour les maladies du cœur. — M. Rendu. Consultations pour les maladies des voies digestives, le lundi : Salles Bouley (H.), Lasègue (F.). Les jeudis, leçons cliniques à l'amphithéâtre, à 10 h., à partir du 15 novembre. Spéculum le vendredi. — M. N... Salles Trousseau (H.). Monneret (F.). Visite tous les matins à 9 h. Spéculum le vendredi. — *Chirurgiens. Clinique chirurgicale* : M. le Pr Le Dentu : Chef de clinique, M le Dr Mauclaire. Salles Malgaigne (H.) et Lenoir (F.). Les consultations de chirurgie générale sont faites tous les jours, à 9 heures, par M. Glantenay. — *Laboratoire du service de clinique chirurgicale* : Chef du laboratoire, M. Fabre-Domergue ; Préparateur, M. Thélohan. — *Clinique des voies urinaires* : M. le Pr Guyon. Chef de clinique. M. Chevalier. Salles Velpeau et Richet (H.) et Laugier (F.). Consultations les mardi, jeudi et samedi et traitement externe tous les jours. Les consultations et le traitement externe se font à la salle de la Terrasse. Leçon clinique et opérations, le mercredi à 9 h, ; policlinique le samedi à 9 heures. Chef de laboratoire d'anatomie pathologique M. Hallé; chef du laboratoire de chimie, M. Chabrié. Musée de la Terrasse (voies urinaires) visible tous les jours. — *Service des voies urinaires* : M. Routier. Salle Civiale (H.), salle Foucher (F.), pavillon Nélaton (H. et F.) (isolement). Consultations les lundis, mercredis et vendredis et traitement externe tous les jours. Les consultations et le traitement ont lieu au pavillon Nelaton. — Musée Civiale, visible tous les jours. — Médecin Dentiste : M. le Dr Brochard. Consultations externes lundi et vendredi, à 9 heures. — Pharmacien M. Leidié.

Consultations de médecine et de Chirurgie, tous les jours non fériés, à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr Wéber, suppléant faisant fonction d'assistant; M. le Dr N..., suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Glantenay, assistant ; M. le Dr N..., suppléant.

Bibliothèque des Internes en médecine.—Fondée en 1878. Cette fondation est due à l'initiative des internes de cette année. A la fin de 1878, elle comptait 50 volumes environ provenant de dons (chefs de service de Necker et de M. Bourneville, et du montant des souscriptions des internes. Grâce à la subvention votée par le Conseil municipal, la bibliothèque s'est enrichie en 1879: 1° de la collection des *Bulletins de la Société anatomique*; 2° de la *Revue des Sciences médicales*; en 1880, des *Archives de médecine*; en 1881, des *Archives de physiologie*; en 1882, des *Bulletins de l'Académie de Médecine* et de la *Société de Chirurgie*; en 1886 du *Dict. Dech.* Elle compte aujourd'hui plus de 900 volumes. Elle a été encore augmentée, depuis 1883, grâce à des subventions successives accordées chaque année par le Conseil municipal.

Hôpital de la Pitié, 1, rue Lacépède : 715 lits. — *Médecins* : M. Jaccoud, professeur de clinique médicale de la Faculté. Chef de clinique, M. N... Chef de clinique adjoint : M. Thiroloix. Salles Jenner (H.) et Laënnec (F.) Leçons cliniques les mardis, jeudis et samedis à 10 h. — M. André Petit. Salle Trousseau (F.) et Rayer (H.). Visite à 8 h. 1/2. — M. Babinski. Consultations pour les maladies nerveuses, le mercredi. Salle Grisolle (F.) et Rostan (H.). Visite à 9 heures. — M. Faisans. Salles Piorry (H.) et Lorain (F.). Visite à 8 h. 1/2. Clinique au lit du malade, vendredi et samedi. — M. Thibierge. Consultations pour les maladies de la peau, les mercredi et samedi. Salles Monneret (H.) et Cruveilhier (F.). Visite à 9 h. — M. Alb. Robin. Salles Valleix (F.) et Serres (H.). Visite à 8 h. 1/2

— *Chirurgiens* : M. BERGER, professeur de clinique chirurgicale, Chef de clinique, M. REBLAUD. Salles Michon (H.) et Lisfranc (F.). Visite à 9 heures. Leçons cliniques lundis, mercredis, vendredis. — M. RECLUS. Salles Gerdy (F). et Broca (H.). Visite à 9 heures. — *Accoucheur:* M. DOLÉRIS. Visites tous les matins à 8 h. 1/2 et consultations d'accouchements. — Pharmacien : M. CHASTAING. — Dentiste : M. MARCHANDÉ. Consultations externes les mardis et vendredis de 9 à 10 heures.

Consultations de médecine et de chirurgie, tous les jours non fériés, à 9 heures. — *Médecine*: M. le Dr CAPITAN, assistant; M. le Dr RÉGNIER, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr FAURE, chirurgien des hôpitaux. M. le Dr Erhardt, suppléant.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Une bibliothèque médicale a été fondée, en 1869, par les internes en médecine. Elle est entretenue par les cotisations mensuelles des internes et elle a reçu une subvention du Conseil municipal, 500 fr. en 1877, 1878 et 1879; 400 fr. en 1880, 1881, 1882 et 1883; 500 fr. de 1884 à 1894. Elle se compose d'environ 1.500 volumes. On devra sous peu la transporter ailleurs, car le local dont on dispose est déjà trop restreint.

Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières.—Elle est ouverte à toute personne désirant suivre les cours; cours pratiques le jour dans les salles, cours théoriques le soir à 8 heures (mardi, jeudi et samedi). *Cours théoriques* : *Administration*, M. JOLY, directeur de l'hôpital; — *Anatomie*, M. DAURIAC; — *Physiologie*, M. REGNARD ; — *Pansements*, M. Ch. PETIT-VENDOL ; — *Hygiène*, M. le Dr RÉGNIER ; — *Soins aux femmes en couches*, M. le Dr LEPAGE, accoucheur des hôpitaux ; — *Petite pharmacie*, M. VIRON. — *Professeur-inspecteur des Ecoles*, M. Marcel BAUDOUIN.

HÔPITAL RICORD, anciennement du *Midi*, 111, boul. de Port-Royal : 317 lits, savoir, 192 de médecine, dont 158 pour les syphilitiques et 34 lits pour la dermatologie ; et 104 lits de chirurgie ; chambres particulières 21 lits. — Les visites et consultations se font très régulièrement tous les jours, à 9 heures du matin.— *Chirurgien* : M. HUMBERT. 1re division. Salles I, II, III et IV. Consultations les lundis et jeudis. — *Médecins* : M. BALZER. 2e division. Salles VI et VIII (syphilitiques). Salle VII (dermatologie). Consultations les mercredis et samedis à 9 h. Examen et discussion des nouveaux malades les lundis et vendredis à 9 heures. Conférence clinique le lundi à 9 h. 1/2. — M. MAURIAC. 3e division. Salles IX, XI et XII (syphilitiques). Salle X (dermatologie), consultations les mardis et vendredis. Conférences le samedi à 9 heures. — Le musée créé par M. le Dr Horteloup, où sont réunies un grand nombre de pièces montées *avec soin*, présente un grand intérêt pour l'étude des *maladies vénériennes* et mérite d'être visité *avec soin*. — L'installation de la belle bibliothèque Ricord est terminée, le nombre de volumes légués s'élève à 2.500 environ. C'est une des plus importantes bibliothèques des salles de garde des hôpitaux; elle est d'ailleurs très bien entretenue. On y trouve une collection de vieux instruments. — Pharmacien : M. BÉHAL. — Dentiste : M. JARRE. Consultation le mercredi.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE, 184, faubourg Saint-Antoine : 745 lits : 558 pour la médecine, 6 lits d'accouchements, 136 pour la chirurgie, 26 berceaux et 20 lits de crèche. — *Chirurgie*. M. MONOD. Salles Blandin et Broca (H.), 44 lits; salle Cruveilhier (F.), 22 lits. — Service de M. BLUM : Salles Dupuytren et Velpeau (H.), 46 lits; salle Lisfranc (F.), 25 lits. Pavillon pour des grandes opérations : 3 lits (H.), trois lits (F.), placé sous la direction de deux chirurgiens ; de création récente, ce pavillon d'isolement est très bien compris. — *Médecine.* M. HAYEM, professeur de clinique médicale. Chef de clinique, M. Paul TISSIER. Salle Béhier (H.), 20 lits, Salle Bazin (H.) 20 lits, salle Moiana (F.), 20 lits, salle Vulpian (Crèche) 20 lits et 20 berceaux Chambres isolées 7 lits.—M. LETULLE. Salles Bichat et Malgaigne (H.), 49 lits; salle Chomel (F.), 24 lits; salle Chomel (accouchements), 4 lits et 4 berceaux. Chambres isolées 7 lits. — M. G. BALLET. Consultations pour les maladies du système nerveux, le vendredi. Salles Aran-Broussais (H.), 49 lits; salle Rostan (F.), 24 lits. — M. SIREDEY. Salle Axenfeld (H.), 35 lits; salles Andral, 22 lits (H.) et Barth, 24 lits (F.). — M. GAUCHER. Consultations pour les maladies de la peau, les lundi, mercredi et samedi. Salle Louis (H.), 34 lits; salle Nélaton (F.), 20 lits. Consultations pour les maladies de la peau. — M. LERMOYEZ. Consultations pour les maladies du larynx, du nez et des oreilles, les mardi et samedi. Salles Marjolin (H.), 33 lits ; Roux (F.), 20 lits ; Corvisart (F.), 20 lits. — M. HANOT. Salle Magendie (H.), 37 lits; salle Grisolle (F.), 28 lits. — M. BRISSAUD. Consultations pour les maladies du système nerveux, le lundi. Pavillon Damaschino (H.), 20 lits; pavillon Littré (F.), 20 lits; pavillon Lorain (H.), 20 lits.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours non fériés, à 9 h. — *Médecine* : M. le Dr LYON, médecin des hôpitaux; M. le Dr N..., suppléant. — Une consultation pour les maladies nerveuses a lieu le lundi par M. le Dr BRISSAUD, le vendredi, par M. le Dr BALLET. Une consultation pour les maladies du larynx du nez et des oreilles, faite par M. le Dr LERMOYEZ, a lieu le mardi et le samedi à 9 heures. — *Chirurgie* : M. le Dr WALTHER, chirurgien des hôpitaux; M. le Dr Conzette, suppléant.

Le *Pavillon des internes*, construit en 1883 (1), est un modèle du genre. Il y est adjoint une *Bibliothèque* pour les Internes, qui est déjà importante.

Pharmacien : M. LEXTREIT. — Dentiste : M. le Dr GAILLARD. Consultations externes mardi et vendredi.

HÔPITAL SAINT-LOUIS, rue Bichat, n° 40; salle de consultations, même rue, n° 38; 1,020 lits dont 625 consacrés aux affections cutanées, 52 lits et 52 berceaux aux accouchements, et le reste (291) aux affections chirurgicales.

Cliniques dermatologiques et syphiligraphiques.—La médecine générale n'est pas enseignée dans cet hôpital; mais, en revanche, on y trouve accumulés tous les matériaux et tous les moyens d'études propres à favoriser l'enseignement spécial de la pathologie cutanée. Six chefs de service se partagent les lits réservés aux maladies de la peau ; chacun d'eux fait la consultation un jour par semaine et examine les jours suivants les malades admis dans les salles. Outre les cours officiels organisés par la Faculté, les six médecins de l'hôpital Saint-Louis font tous, pendant le semestre d'été, une série de leçons théoriques et pratiques ; à la suite d'une commune entente, ces leçons sont réparties entre les différents jours de la semaine, de sorte que les étudiants ont pour ainsi dire à choisir chaque matin entre les moyens d'instruction qui s'offrent à eux.

Médecins : M. E. BESNIER. Consultation externe le vendredi. Mardi, opérations, dermatologie ; mercredi, teignes et affections du cuir chevelu; salles Alibert (F.) et Devergie (H.), 9 heures. — M. le Pr FOURNIER, clinique des maladies de la peau. Chef de clinique, M. le Dr GASTOU. Tous les jours de 8 heures à 10 du matin; salles Saint-Louis (H.) et Henri IV (F.). Consultation le samedi. *Ordre du cours* : Les mardis, leçon au lit des malades (à 9 heures); les vendredis, leçon à l'Amphithéâtre (10 heures). — M. HALLOPEAU. Consultation externe le lundi; examen des nouveaux malades le mardi, visite générale et policlinique; examen des teignes, le samedi. Clinique le dimanche pendant l'hiver; salle Bazin (H.), salle Lugol (F.). Pavillon Gabrielle (H.). — M. TENNESON. Consultation externe le mardi ; mercredi, examen des nouveaux malades (laboratoire CAZENAVE). Salles Gibert (F.) et Cazenave (H.). — M. DU CASTEL. Consultation externe le mercredi ; vendredi, affection du cuir chevelu ; lundi, opérations dermatologiques ; jeudi, examen et discussion des malades nouveaux. Salles Bichat (H.) et Biett (F.). — M. DANLOS. Consultation le jeudi. Salles Hillairet (H.), Lorry (F.) et Emery (F.).

Une seconde consultation de médecine est faite chaque jour l'après-midi à 1 heure par les chefs de service; des docteurs leur sont adjoints matin et soir; MM. les Drs LEREDDE et DE SAINT-GERMAIN sont assistants de consultation titulaires : MM. les Drs WICKHAM et BERDAL sont assistants de consultation de remplacement.

Consultations de l'après-midi : lundi, M. FOURNIER ; mardi, M. BESNIER; mercredi, M. TENNESON; jeudi, M. HALLOPEAU; vendredi M. DANLOS ; samedi, M. DU CASTEL.

L'hôpital Saint-Louis doit surtout sa réputation à l'enseignement spécial des affections cutanées; mais ses services d'accouchements et de chirurgie sont également des plus actifs. Le service d'accouchements, dirigé par M. BAR, contient 54 lits constamment occupés, dont 8 lits d'isolement. Il s'y fait en moyenne 3 accouchements par jour ; 1,000 environ par an ; 4,539 de 1875 à 1880. Ce chiffre n'est dépassé qu'à la Maternité. Tous les jours, consultation externe.

Chirurgiens. — Les services de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis sont, avec ceux de Lariboisière, les plus riches et les plus actifs des hôpitaux de Paris. 33,500 malades et blessés se présentent à la consultation, et 2,200 en moyenne sont traités dans les salles. Une *consultation de chirurgie*, faite par M. le Dr LEGUEU, chirurgien des hôpitaux, a lieu tous les matins à 9 h. M. le Dr LEGNEU a, comme assistant de consultation, M. le Dr Regnault qui le remplace en cas d'absence. Les chirurgiens, chefs de service, sont : M. le Dr MARCHAND, salles Cloquet (H.), Gosselin (F.) pavillon d'opérations Cruveilhier ; — M. le Dr RICHELOT, salles Isolement (H.) et Isolement (F.), — M. le Dr NÉLATON, salles Nélaton (H.), Denonvilliers (F.) et pavillon d'opérations Jamain.

Accoucheur : M. BAR, pavillon Dubois. Visite tous les jours à 9 heures. Consultation tous les jours à 9 h., excepté le dimanche. Les élèves qui désirent suivre la visite ou la consultation doivent se faire inscrire dans le service.

Pharmacien : M. PORTES. — Dentiste : M. COMBE. Consultations externes les mardis et les vendredi.

Musée pathologique. — Le Musée, ouvert tous les jours de 8 h. à midi, sans formalité, contient aujourd'hui 1,833 moulages reproduisant les principales affections cutanées et parasitaires, 300 dessins et des

(1) Voir Bourneville : *Rapport sur la construction d'un bâtiment pour loger les internes en médecine* (22 mai 1882).

photographies coloriées. La collection particulière de M. Fournier, jointe depuis plusieurs années au Musée, se compose d'un grand nombre de pièces relatives aux affections syphilitiques et vénériennes. Le Musée particulier de M. Péan contient 500 moulages de pièces chirurgicales. M. Parrot a également enrichi le musée d'une collection d'environ 200 pièces (legs).

Bibliothèques. — Une bibliothèque médicale fondée en 1888 par les soins des médecins et chirurgiens de l'Hôpital, et subventionée par le Conseil municipal, est annexée au Musée Pathologique. Cette bibliothèque, contient outre les publications de dermatologie, les principaux ouvrages de médecine et de chirurgie, et la plupart des journaux français et étrangers. Elle est ouverte à tous les médecins et élèves de 8 h. du matin à midi et de 1 h. à 5 h. Cette Bibliothèque s'est enrichie en 1893 des collections laissées par MM. Hardy, Vidal et Lailler. Conservateur du Musée et de la Bibliothèque est M. le Dr Feulard. — Une autre *Bibliothèque,* enrichie de 1877 à 1886 par des dons du Conseil municipal de Paris, est la propriété des internes en médecine de l'hôpital ; elle contient d'importantes collections de thèses et de journaux, des ouvrages médicaux variés et les principaux travaux français et étrangers sur les maladies de la peau, 1,500 volumes. Elle a reçu, en 1884, un legs de M. Hillairet.

Hospice de la Salpêtrière, *(Femmes)*, 47, boulevard de l'Hôpital : 3,011 lits pour les *vieillards* et 724 pour les *aliénées.* — *Médecins* : MM. Raymond et Déjérine. — *Chirurgien* : M. le Dr Paul Segond. Visite et examens des malades à 9 h. Opérations le samedi. — *Médecins aliénistes* : MM. J. Falret, A. Voisin et J. Voisin. — *Médecin adjoint* : M. Séglas. — *Clinique des maladies du système nerveux* : M. Raymond, professeur, les mardis et vendredis à 9 h. 1/2 ; chef de clinique, M. I. B. Charcot ; chefs des laboratoires, M. P. Richer et N... prosecteur, M. N...; service ophtalmologique, M. Parinaud; travaux chimiques, M. Yvon et travaux photographiques, M. Londe. — M. Jules Voisin fait des conférences cliniques sur les maladies nerveuses et mentales, tous les jeudis à 10 h., de décembre à mai. — M. Séglas, clinique mentale en été. — Pharmacien : M. Viron. — Dentiste : M. Queudot.

Consultation de Chirurgie. — Le lundi, à 11 h., et le jeudi à 9 h. du matin. M. le Dr Chipault, assistant, suppléant, faisant fonctions de titulaire. M. le Dr Ehrard, suppléant.

Un service de *consultation externe* a été ouvert à la Salpêtrière au mois de mai 1881. Le nombre des malades qui s'y présentent chaque jour a démontré l'opportunité de cette innovation, due au Conseil municipal. Il fonctionne de la manière suivante. *Médecine* : Consultation externe. M. Raymond, le mardi, à 8 h. et demie ; — M. Déjerine le mercredi, à 9 heures ; — M. J. Falret, le lundi, à 9 heures ; — M Voisin (Auguste), le vendredi, à 9 heures ; — M. J. Voisin, le samedi, à 9 heures. — La consultation de Médecine est plus spécialement réservée aux maladies nerveuses et mentales. Depuis 1882, on a ajouté à l'Infirmerie générale 42 lits pour les malades externes, hommes, et l'on a autorisé la réception de quelques malades externes femmes.

Service d'Electrothérapie. — M. R. Vigouroux. Les mardi, jeudi, samedi, de midi à trois heures. Ce service, subventionné par le Conseil municipal, est destiné aux malades provenant des salles et des consultations externes de la Salpêtrière, des consultations des autres hôpitaux et aux malades de la ville qui se présentent directement.

Bibliothèques. — Il existe à la Salpêtrière une *Bibliothèque médicale* fondée et entretenue en partie par les *internes en médecine.* Elle se compose actuellement de plus de 1,800 volumes, dont 398 ont été donnés par M. Passant. Elle a reçu, en 1877, une subvention de 2,000 fr. du Conseil municipal, de 500 fr. de 1878 à 1885, de 600 de 1886 à 1894. — Les Internes en pharmacie ont fondé, en 1884, une *bibliothèque* comptant actuellement 600 volumes, qu'ils entretiennent à l'aide de cotisations et d'une subvention du Conseil municipal. Il est adjoint à la bibliothèque une fort belle collection de matière médicale, don de Vercamer. L'Association des Internes en pharmacie entretient une collection de *matière médicale* comptant plus de 500 échantillons, et une collection de minéralogie de 200 échantillons. Ces collections sont destinées aux conférences qui se font dans cet établissement pour la préparation au concours de l'Internat en pharmacie. L'Assistance publique les a dotés, en 1877, du premier laboratoire collectif de chimie et de micrographie dans lequel il se fait environ 700 analyses par an. Ce résultat justifie la généralisation de cette création dans les autres hôpitaux de Paris.

Ecole municipale d'infirmières. — Même organisation qu'à Bicêtre. Cours théoriques : *Administration,* M. Le Bas, directeur de l'hospice ; — *Anatomie,* M. Gautiez ; — *Physiologie,* M. J.-B. Charcot. — *Pansements,* M. P. Poirier ; Suppléant : M. Pilliet ; — *Hygiène,* M. Ch. Féré ; — *Petite pharmacie,* M. Yvon ; — *Soins à donner aux femmes en couches,* Mme Pilliet-Edwards, docteur en médecine (1).

(1) La direction de l'enseignement, dans les trois écoles, est confiée, depuis 1878, à M. Bourneville.

Hôpital Tenon, rue de la Chine : 888 lits. — *Médecins* : M. Galliard. Visite à 9 heures. Salles Andral (H.), Béhier et Cl. Bernard (F.). M. Hirtz. Visite à 9 heures. Salles Lelong (H.), Bouillaud (F.) et M. Raynaud (F.). — M. Brault. Visite à 9 heures. Salles Bichat (H.), Magendie (F.) et Laënnec (F.) — M. Barié. Visite à 8 h. 1/2. Salles Axenfeld (H.), et Colin (F.). — M. H. Martin. Visite à 9 heures. Salles Barth (H.) et Couverchel (F.). — M. Talamon. Visite à 9 heures. Salles Gérando (H.), Rayer (F.) et Valleix (crèche). — M. Delpeuch. Visite à 9 heures. Salles Parrot, Lorain (H.). — M. Bourcy. Visite à 9 heures. Salles Pidoux et Trousseau (H.) et Cruveilhier (F.), — *Chirurgiens* : M. Gérard-Marchant. Visite à 9 heures. Salles Velpeau. Nélaton, Lisfranc (H.) et Richard Wallace (F.). Opérations tous les jours. — M. Bazy. Visite à 9 heures. Salles Dupuytren, Seymour (H.), et Delessert (F.). — *Chirurgie générale* : Salles Monthyon (H.), voies urinaires. Opérations tous les jours. Mardi et samedi consultations des voies urinaires. — *Chirurgie infantile* : M. Félizet. Visite à 9 heures. Salles Dolbeau (G.), A. Paré (F.), Tenon (deux sexes, 2 à 4 ans) et Boyer (Crèche). Opérations tous les jours. — *Accoucheur* : M. Champetier de Ribes. Visite à 9 h. Consultation pour les femmes enceintes, tous les jours. — Pharmacien : M. Meillère. — Dentiste : M. le Dr Richer (Paul), consultations externes les mardis et jeudis à 9 heures.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours feriés à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr Duplaix, assistant ; M. le Dr N..., suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Paul Delbet, assistant. M. le Dr Isch-Wall, suppléant.

Les médecins et les chirurgiens reçoivent une indemnité fixée exceptionnellement à 3,000 fr., en raison de la distance à laquelle est située cet établissement. Les internes sont logés et touchent indépendamment de leur indemnité réglementaire une indemnité mensuelle de 25 fr. à titre de frais de déplacement.

Dès l'ouverture de l'hôpital (novembre 1878), il a été fondé par les internes une *bibliothèque* d'ouvrages de médecine. Un don de 2,000 fr. du Conseil municipal, puis une subvention de 500 fr. votée chaque année ont enrichi cette bibliothèque qui contient 4,000 volumes. Les *externes* touchent 50 francs par mois au lieu de 30, comme dans les antres hôpitaux excentriques.

Hôpital Trousseau, 89, rue de Charenton (ex-Hôpital Sainte-Eugénie, ancien Hôpital Sainte-Marguerite). Enfants, 602 lits.

Médecins : M. le Dr Comby, Visite à 8 heures 3/4. Consultations les lundis et jeudis. Salle Barrier (garçons); salle Blache (filles). — M. le Dr Josias. Visite à 9 h. 1/2. Consultations les mardis et vendredis. Maladies aiguës. Salle Lugol (garçons). Salle Triboulet (filles). Salle Bazin (garçons). Teigne. Consultations le jeudi. — M. le Dr Netter. Visite à 8 h. 3/4. Consultations les mercredis et samedis. Maladies aiguës. Salle Archambault (garçons). Salle Bouvier (filles). Salle Gillette (filles). Teigne. — Consultations et pansement externe de la teigne : M. le Dr Josias, le jeudi ; M. le Dr Netter, le mardi.

Chirurgiens : M. Lannelongue. M. le Dr Broca, assistant. Visite à 8 h. 1/2. Consultations tous les jours. Salle Denonvilliers (garçons). Salle Giraldès (filles). Un amphithéâtre, pourvu de tous les moyens d'étude désirables, est annexé au service de M. Lannelongue. — M. Jalaguier (service de chirurgie). *(Chroniques.)* Salle Legendre (garçons), 32 lits. Salle Valleix (filles), 28 lits.

Pharmacien : M. Héret. — *Dentiste* : M. le Dr Rodier. Consultations externes, les mardis et vendredis, 9 h. 1/2.

Pavillons d'isolement. — Des pavillons d'isolement ont été créés dans l'hôpital. *Pavillon Bretonneau,* inauguré en 1879, comprenant 52 lits pour la diphthérie. M. le Dr Variot, chef du service. — Service de la scarlatine, inauguré le 25 juillet 1889, comprenant 24 lits pour les scarlatineux. — *Pavillon d'Aligre,* inauguré à la même époque, comprenant 53 lits pour les rubéoleux. Des salles spéciales et des chambres d'isolement y sont réservées à toutes les complications de la rougeole. Ces services d'isolement sont faits alternativement par les médecins selon un roulement établi annuellement et actuellement. M. le Dr Comby est chargé de pavillon des scarlatineux et M. le Dr Netter de celui des rubéoleux. Le pavillon de la diphterie est confié à M. le Dr Variot. Ce dernier service est retiré du roulement.

En outre, un service de *coqueluche,* avec personnel spécial et complètement isolé, et divisé en coqueluches simples et coqueluches compliquées, tant pour les garçons que pour les filles, a été inauguré le 1er juillet 1890. — M. le Dr Josias en est actuellement chargé.

Enfin, on 1892, est entré en service un pavillon de douteux, qui comprend 16 chambres isolées.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Au 1er janvier 1879, la bibliothèque n'était représentée que par des thèses et par des collections de journaux incomplètes. Il n'existait ni règlement ni cotisations. Grâce à l'initiative des internes et à la générosité de M. le Dr Lannelongue, chirurgien de l'hopital Trousseau, la bibliothèque est devenue une réalité. Le Conseil municipal de Paris a voté à cette bi-

bliothèque une subvention de 500 fr. en 1880 et une autre subvention de 500fr. en 1881 et 1883, 400 fr. en 1884, 1885, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894 et 1895, elle possède aujourd'hui plus de 800 volumes. L'hôpital Trousseau est appelé à prendre une importance très grande. De nouveaux laboratoires d'histologie pathologique et de chimie ont été créés. Ajoutons que le Musée de M. le Dr Lannelongue est organisé avec un soin extrême et fournit aux étudiants de précieux sujets d'études.

HÔPITAL HEROLD (place du Danube). — Hôpital de réserve. — 100 lits (60 d'hommes et 40 de femmes) dont 40 de chroniques. — Médecin : M. GILLES DE LA TOURETTE. Consultations pour les maladies du système nerveux, les mardi et jeudi matin.

HÔPITAL DE LA PORTE D'AUBERVILLIERS. Hôpital d'isolement pour les maladies contagieuses). — 260 lits. — Médecin : M. ROGER.

BASTION 29 (PORTE DE FLANDRE). (Hôpital d'isolement pour les maladies contagieuses). 106 lits et 16 berceaux. — Médecine : M. le Dr CHANTEMESSE.

HOSPICE D'IVRY, A IVRY-SUR-SEINE. — Médecin : M. GOMBAULT (Albert), Chirurgien : M. MICHAUX. — Dentiste : M. le Dr ROY. — Pharmacien M. COUSIN.

Un service de consultation externe est organisé depuis quelques années à l'hospice d'Ivry. Les consultations de médecine ont lieu les mercredis ; celles de chirurgie, les lundis.

MAISON DE RETRAITE des Ménages, 25, rue J. J. Rousseau à Issy-Les Moulineaux. — *Médecin* : M. MARFAN. — *Chirurgien* : M. RICARD. Pharmacien : Un interne sous la surveillance du pharmacien des Enfants-Malades.

MAISON DE RETRAITE DE LA ROCHEFOUCAULD, 15, avenue d'Orléans. — *Médecin* : M. BROCQ. — Consultations de dermatologie les lundis, mercredis, vendredis, à 8 h. du matin. — Pharmacien : Un interne sous la surveillance du pharmacien de l'hôpital Ricord.

INSTITUTION SAINTE-PÉRINE, 11, rue du Point-du-Jour, Paris-Auteuil. — *Médecin* : M. GIRAUDEAU. — Un interne est logé dans l'établissement. — Le service pharmaceutique est placé sous la surveillance du pharmacien de l'hôpital Bichat.

FONDATION ALQUIER-DEBROUSSE, 148, rue de Bagnolet. — *Médecin* : M. BÉCLÈRE. — 200 lits pour vieillards des deux sexes. Un interne est logé dans l'établissement.

FONDATION CHARDON-LAGACHE, 1, rue du Point-du-Jour, Paris-Auteuil. — Le service médical y est fait par le médecin de Sainte-Périne. — Un interne y est logé.

FONDATION ROSSINI, 5, rue Mirabeau, Paris-Auteuil. — Le service médical y est fait par le médecin de Sainte-Périne. — C'est l'interne de Sainte-Périne qui est chargé aussi de cette Maison.

HÔPITAL MARITIME DE BERCK-SUR-MER. — *Chirurgien* : M. MÉNARD. — Trois internes titulaires en médecine des hôpitaux de Paris, résident à l'hôpital. — Le service pharmaceutique est assuré par un interne en pharmacie.

HOSPICE SAINT-MICHEL (fondations Boulard et Lenoir Jousseran), à Saint-Mandé. — Le service de médecine est fait par un médecin de Saint-Mandé, M. DIVERNERESSE. — Pharmacien : M. BOUDET, à Saint-Mandé.

HOSPICE DE LA RECONNAISSANCE (fondation Brézin), à Garches Seine-et-Oise). — *Médecin résidant* : M. GILLE. — Le service pharmaceutique est placé sous la surveillance de M. BOURQUELOT, pharmacien à l'hôpital Laënnec.

HÔPITAL DE FORGES-LES-BAINS. — *Médecin* : M. DOUMENGE.

FONDATION GALIGNANI, boulevard Bineau, 53 et 55, à Neuilly-sur-Seine. — *Médecin* : M. CAYLA ; *Médecin adjoint* : M. CATUFFE. — Pharmacien : M. DARGENT, Avenue de Neuilly, 153, à Neuilly.

HOSPICE DE BREVANNES (Seine-et-Oise). — *Médecin* : M. GEFFROY, à Villeneuve-Saint-Georges. — Deux internes en médecine, nommés à la suite d'un concours spécial, résident à l'Hospice. — Pharmacien : M. BRESSY, à Boissy-Saint-Léger (Seine-et-Oise).

MAISON DE CONVALESCENCE DE LA ROCHE-GUYON (pour les enfants). — Le service médical est assuré par un médecin de La Roche-Guyon, M. DUBRAC.

Le BUREAU CENTRAL est supprimé depuis le 14 Octobre 1895. Il s'agit là d'une réforme qu'exigeait impérieusement l'intérêt supérieur des malades. Nous en avons pris l'initiative depuis bien des années, notamment en 1874 (*Progrès méd.*, 1874, p. 609). C'est ce dernier article qui a motivé la proposition de notre ami, M. le Dr Paul Dubois au Conseil municipal, et ultérieurement l'excellent rapport de Lafont. A force de revenir sur cette question, au bout de plus de VINGT ANS, elle a été résolue comme il convenait.

Médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux chargés du service des remplacements et de la direction des services temporaires.

Médecins : MM. ACHARD, LEBRETON, WIDAL, DARIER, THOINOT, MÉNÉTRIER, DUFLOCQ, QUEYRAT, VAQUEZ, LAUNOIS, WURTZ, L. GUINON, MOREL-LAVALLÈE, DALCHÉ, KLIPPEL, TOUPET, BARBIER, JEANSELME, FLORAND, JACQUET, LESAGE, DE GENNES, COURTOIS-SUFFIT.

Chirurgiens : MM. RICARD, POIRIER, BROCA, WALTHER, LEJARS, POTHERAT, GUINARD, HARTMANN, Pierre DELBET, ROCHARD, ALBARRAN, BEURNIER, DEMOULIN, LEGUEU, SÉBILEAU, FAURE, LYOT, ARROU, RIEFFEL, VILLEMIN.

Accoucheurs : MM. AUVARD, BONNAIRE, BOISSARD, LEPAGE, VARNIER, Léon TISSIER, POTOCKI.

Dentistes ; MM. BRUNEAU, DIDSBURY, BACQUE, SAUVEZ, DUMONT.

Consultations à l'Hôtel-Dieu. — Bandages, les mardis et samedis, à 11 heures : Orthopédie : Les mercredis, à 11 heures. Aveugles et paralytiques : Le troisième jeudi de chaque mois, à 11 h.

Amphithéâtre d'Anatomie des hôpitaux.

La réouverture de cet établissement a eu lieu le 15 novembre : les pavillons de dissection sont mis à la disposition des élèves pour l'étude de l'anatomie. L'amphithéâtre de Clamart, comme on l'appelle le plus souvent, a été spécialement créé pour les élèves de l'Assistance publique, internes et externes. Un arrêté du 24 juillet 1895 pris après avis conforme du conseil de surveillance et approuvé par M. le Préfet de la Seine, autorise l'admission d'un certain nombre d'élèves de l'Ecole de Médecine et des élèves de l'Ecole dentaire à l'amphithéâtre de Clamart. Deux aides d'anatomie sont attachés, à cet effet, au pavillon affecté aux Elèves de la Faculté : MM. Mouchet et Wiart, de même qu'un répétiteur d'anomie, M. Friteau. Il est situé rue du Fer-à-Moulin, 17.

Les cours ont lieu tous les jours à 4 heures ; le premier, anatomie topographique, est fait par M. le Dr QUÉNU, directeur de l'amphithéâtre de Clamart, chirurgien de l'hôpital Cochin. — M. ROBINEAU, prosecteur, fera le cours de physiologie. — M. LAUNAY, prosecteur, fera le cours d'anatomie descriptive. — M. MACAIGNE, chef du laboratoire d'histologie, fait un cours d'histologie ; M. COFFIN, sous-chef du laboratoire. — L'administration met à la disposition des élèves des microscopes et des réactifs pour l'étude de l'histologie. Nous rappellerons, en outre, que le musée d'anatomie normale et pathologique de Clamart est ouvert tous les jours de 1 heure à 4 heures. La principale richesse de ce musée consiste dans les nombreuses pièces préparées par les concurrents pour le prosectorat de Clamart. Conservateur du musée : M. MANSON.

Pharmacie centrale des Hôpitaux.

M. le Pr BOURGOIN, directeur.

Personnel médical des hôpitaux.

Il se compose : 1° de médecins, chirurgiens et accoucheurs ; 2° de prosecteurs (voir AMPHITHÉATRE DES HÔPITAUX) ; 3° d'internes et d'externes en médecine, en chirurgie et en accouchements ; 4° de pharmaciens ; 5° d'internes en pharmacie. Tous sont nommés au *concours*. — Nous nous bornerons à donner ici l'extrait des règlements administratifs concernant l'*externat* et l'*internat*.

A. — *Externat*. — *Art.* 103. — Tout étudiant en médecine qui justifie de quatre inscriptions au moins, prises dans l'une des Facultés de médecine de l'Etat, peut se présenter au concours pour les places d'élèves externes (1). Il doit produire : 1° un certificat de ses inscriptions ; 2° son acte de naissance ; 3° un certificat de revaccination ; 4° un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de la commune où il est domicilié.

Art. 119. — Les épreuves du concours de l'externat sont réglées ainsi qu'il suit : 1° une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive ; il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question, après cinq minutes de réflexion ; 2° une deuxième épreuve orale sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie. Chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question, après cinq minutes de réflexion. Le maximum des points à attribuer aux candidats, pour chacune de ces deux épreuves, est fixé à 20.

Pour les modifications introduites dans le fonctionnement des Concours de l'Internat et de l'Externat, voir les affiches des concours de cette année (partie contenant les dispositions extraites du Règlement sur le Service de santé).

---

(1) Le concours de l'externat commence à la fin du mois d'octobre. Les externes sont nommés pour trois ans.

Afin de permettre aux nouveaux étudiants, candidats aux prochains concours, de mieux se rendre compte de la nature des épreuves, nous allons reproduire la liste des questions qui ont été données aux derniers concours (1).

Concours de 1886. — 1° *Anatomie* : Atlas et axis ; — Rapports de la vessie chez l'homme ; — Articulation du coude ; — Configuration extérieure du cerveau ; — Os maxillaire inférieur ; — Rapports de l'estomac ; — Rapports du cœur ; — Artère humérale ; — Muscle grand oblique de l'abdomen ; — Conformation extérieure et rapport du foie ; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien ; — Parois osseuses des fosses nasales ; — Rapports de la trachée ; — Artère fémorale ; — Articulation du coude ; — Artères de la main ; — Extrémité supérieure du fémur ; — Muscle diaphragme ; — Veines superficielles du membre supérieur ; — Articulation scapulo-humérale.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : Symptômes de la pneumonie aiguë ; — Appareils inamovibles ; — Furoncle ; — De l'érysipèle ; — Symptômes des fractures en général ; — Des brûlures ; — Sangsues ; — Manière de faire une autopsie ; — Examen clinique des urines ; — rougeole ; — Traitement des hémorragies ; — Du lavement ; — Abcès chauds ; — Ventouses, — Signes physiques de la tuberculose pulmonaire chronique ; — Fractures de la clavicule.

Concours de 1887. — 1° *Anatomie* : Diaphragme ; — Articulation du genou ; — Artère axillaire et ses branches ; — Muscles adducteurs de la cuisse ; — Os iliaque ; — Artère fémorale ; — Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Articulation temporo-maxillaire ; — Parois osseuses des fosses nasales ; — Rapports du cœur ; — Articulation du coude ; — Muscles fessiers ; — Veines du membre supérieur ; — Rapports du foie ; — Articulation scapulo-humérale ; — Artère poplitée et ses branches ; — Crosse de l'aorte ; — Os maxillaire inférieur ; — Articulation radio-carpienne ; — Veines du membre inférieur.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : Signes et diagnostic des fractures en général ; — Symptômes de la rougeole régulière ; — Symptômes et diagnostic de la fièvre typhoïde, — Des lavements ; — De l'anthrax ; — De la saignée ; — Signes et diagnostic de la pneumonie lobaire ; — Des brûlures ; — Traitement de l'épistaxis ; — Symptômes et diagnostic de la péritonite aiguë ; — Signes et diagnostic de la scarlatine normale ; — Cathétérisme de l'urèthre ; — Vaccin et vaccination ; — Hydrocèle vaginale ; — Hémorragie artérielle ; — Des injections hypodermiques.

Concours de 1888. — 1° *Anatomie* : Côtes ; — Configuration extérieure et rapports de l'estomac ; — Fémur ; — Crosse de l'aorte ; — Diaphragme ; — Veines du membre inférieur ; — Clavicule ; — Fosses nasales ; — Rapports du poumon et sa conformation extérieure ; — Muscle sous-iliaque ; — Articulation de l'épaule ; — Veines du membre supérieur ; — Os maxillaire inférieur ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Articulation coxo-fémorale ; — Rapports du foie et conformation extérieure ; — Humérus ; — Artère fémorale ; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : Entorse ; — Symptômes et diagnostic de la pneumonie franche aiguë ; — Anthrax ; — Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme et chez la femme ; — Analyse clinique des urines ; — Erysipèle de la face ; — Epistaxis et tamponnement des fosses nasales ; — Panaris ; — Saignée ; — Vaccine et vaccination ; — Fractures de la clavicule ; — Brûlures ; — Vésicatoires.

Concours de 1889. — 1° *Anatomie* : Articulation temporo-maxillaire ; — Articulation coxo-fémorale ; — Configuration extérieure et rapports du foie ; — Veines superficielles du membre inférieur ; — Muscles fessiers ; — Occipital ; — Crosse de l'aorte ; — Muscle sterno-cleido-mastoïdien ; — Omoplate ; — Artère fémorale ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Articule scapulo-fémorale ; — Artères de l'avant-bras ; — Maxillaire inférieur ; — Calcanéum et astragale ; — Artère carotide primitive ; — Œsophage ; — Rapports de la vessie ; — Péroné ; — Carotide externe.

2° *Pathologie et petite Chirurgie* : Entorse ; — Chloroformisation ; — Fractures de la clavicule ; — Pleurésie aiguë ; — Cathétérisme de la vessie chez l'homme ; — Des appareils plâtrés ; — Fièvre typhoïde (signes et diagn.) ; — Furoncle ; — Epistaxis ; — Vésicatoires ; — Saignée ; — Vaccine et vaccination ; — Symptômes et diagnostic de la scarlatine ; — Du lavement.

Concours de 1890. — 1° *Anatomie* : Artère humérale ; — Fléchisseurs commun, superficiel et profond des doigts et long fléchisseur du pouce ; — Clavicule : articulation tibio-tarsienne ; — Rapports de l'estomac ; Rapports du foie ; — Crosse de l'aorte ; — Muscles de la région antérieure de la jambe ; — Artères axillaires ; — Rapports des reins ; — Os maxillaire inférieur ; — Rapports des poumons ; — Rapports du rectum ; — Rapports de l'œsophage, — Ligaments de l'articulation du genou.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : Saignée ; — Appareil plâtré pour fracture de jambe sans plaie ; — Symptômes de l'ascite ; — Fractures de l'extrémité inférieure du radius ; — Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme ; — Signes de la pneumonie franche et aiguë ; — Fractures de la clavicule ; — Technique de l'autopsie des cavités thoracique et abdominale (1) ; — Vaccination contre la variole ; — Symptômes de la pleurésie ; — Fractures de l'extrémité inférieure du péroné ; — Symptômes et diagnostic de la scarlatine ; — Anthrax ; — Epistaxis ; — Blennorrhagie aiguë.

Concours de 1891. — 1° *Anatomie* : Configuration extérieure et rapports du cœur ; — Muscles masticateurs ; — Fosses nasales. — Sacrum et coccyx ; — Artères de la main ; — Muscles de la région antéro-externe de la jambe ; — Rapports de la vessie ; — Veines supérieures du membre inférieur ; — Occipital ; — Grand et petit obliques de l'abdomen ; — Rapports du foie ; — Artère sous-clavière ; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien ; — Os maxillaire inférieur ; — Artère axillaire ; — Muscle diaphragme ; — Articulation radio-carpienne ; — Brûlures ; Saignée au pli du coude ; — Articulation coxo-fémorale ; — Atlas et axis ; — Articulations de la clavicule ; — Aorte abdominale ; — Muscles fessiers ; — Rapports des reins.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme ; — Lavage de l'estomac ; — Pneumonie ; — Vaccination contre la variole ; — Injections hypodermiques ; — Ponctions exploratrices ; — Tamponnement des fosses nasales ; — Hydarthrose ; — Signes et diagnostic de la phtisie pulmonaire à la 3e période ; — Technique de l'autopsie des cavités abdominale et thoracique ; — Anthrax ; — Erysipèle ; — Ventouses ; — Anesthésie locale ; — Ligature et pansement du cordon ombilical ; — Recherches de l'albumine, du sucre et du sang dans les urines ; — Appareils plâtrés pour fractures de jambes.

Concours de 1892. — 1° *Anatomie.* — Crosse de l'aorte ; — Facc inférieure du foie (conf. ext. et rapports) ; — Biceps brachial et brachial antérieur ; — Tiers supérieur du fémur ; — Muscles masticateurs ; — Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs ; — Surfaces articulaires et ligaments de l'articulation du coude ; — Muscle psoas iliaque ; — Paroi osseuse des fosses nasales ; — Trachée (config. extérieure et rapports) ; — Cœur (config. ext. et rapports) ; — Os maxillaire inférieur ; — Config. ext. et rapports du rectum ; — Artère fémorale ; — Muscles fessiers ; — Veines superficielles du membre supérieur ; — Muscles de la patte d'oie (cout., 1/2 tend., d. interne) ; — Astragale et calcanéum ; — Aorte abdominale ; — Paroi osseuse de l'orbite ; — M. de la région antéro-latérale de la jambe ; — Surf. art. et lig. de l'art. du genou ; — Veines jugulaires ; — Poumons (conf. ext. et rapports) ; — Rapports de l'estomac ; — Artères de la main.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie.* — Signes de la pneumonie franche aiguë ; — Vésicatoires ; — Appareil plâtré ; — Des injections sous-cutanées ; — Recherche de l'albumine et du sucre dans les urines ; — Pansements antiseptiques ; — Signes locaux des épanchements pleuraux ; — Signes des fractures ; — Lavage de l'estomac ; — Manière de faire une autopsie ; — Chloroformisation ; — Rougeole (signes et diagnostic) ; — Vaccination ; — Furoncles ; — Entorses ; — Ventouses ; — Erysipèle de la face ; — Lavement ; — Manière de faire la trachéotomie.

Concours de 1893. — 1° *Anatomie* : Rapports du cœur ; — Triceps brachial ; — Omoplate ; — Muscles de la région postérieure de la cuisse ; — Vertèbres dorsales ; — Articulation radio-carpienne ; — Configuration extérieure et rapports de l'estomac ; — Rapports de la vessie chez l'homme et chez la femme ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Artères de l'avant-bras ; — Muscles de la région postérieure de la cuisse ; — Vertèbres dorsales ; — Muscles péroniers latéraux ; — Configuration ext. et rapports des poumons ; — Muscle psoas iliaque ; — Configuration ext. et rapports de l'œsophage ; — Artères de la jambe ; — Crosse de l'aorte ; — Veine cave inférieure ; — Muscles fessiers ; — Config. ext. et rapports de la face inférieure du foie ; — Config. ext. et rapports de la trachée ; — Rapports des reins.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : Symptômes de la pneumonie franche ; — Symptômes de la fièvre typhoïde ; — Sympt. et diagn. de la scarlatine ; — Sympt. et complic. du rhumatisme articulaire aigu ; — Fracture de l'extrémité inférieure du radius ; — Signes et diagnostic de la pleurésie aiguë séro-fibrineuse ; — Cathétérisme évacuateur de la vessie chez l'homme ; — Symptômes et diagnostic de la variole ; — Fractures de la clavicule ; — Symptômes de la péritonite aiguë ; — Chloroformisation ; — Ascite ; — Anthrax ; — Signes physiques de la tuberculose pulmonaire chronique ; — Symptômes de l'étranglement herniaire ; — Angine

(1 Voir les questions données au concours de 1872 à 1885 inclusivement dans les *Numéros des Etudiants* de 1883 à 1886.

(1) Voir Bourneville et Bricon : *Manuel de technique des autopsies.*

diphtérique; — Fractures de la rotule; — Examen clinique des urines; — Symptômes et diag. de la pleurésie purulente; — Epistaxis; — Signes de la grossesse; — Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse.

Concours de 1894. — 1° *Anatomie* : Fosses nasales; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien; — Maxillaire inférieur; — Articulation de l'épaule; — Artère maxillaire; — Vertèbres dorsales; — Rapports de l'estomac; — Veines superficielles du membre inférieur; — Muscles psoas iliaque; — Artères de l'avant-bras; — Cavités orbitaires; — Artère poplitée; — Muscle diaphragme; — Artère carotide externe: — Os occipital; — Configuration et rapport du rectum; — Configuration extérieure du cœur; — Trous de la base du crâne; — Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen; — Muscles élévateurs de la mâchoire inférieure; — Muscles fessiers; — Articulation temporo-maxillaire; — Crosse de l'aorte; — Configuration et rapports des poumons; — Articulation de la hanche; — Ligaments de l'articulation du genou; — Configuration extérieure et rapports du foie; — Fosses nasales; — Muscles péroniers latéraux; — Articulation sterno-claviculaire. — *Pour les vétérants* : Configuration extérieure et rapports du cœur; — Veine porte; — Artères pulmonaires; — Canal inguinal chez l'homme; — Veines jugulaires.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : De l'ascite; — Chloroformisation et accidents; — Anthrax; — Fractures de l'extrémité inférieure du radius; — Phlegmon diffus; — Symptômes de la fièvre typhoïde; — Epistaxis; — Analyse clinique des urines; — Fractures de la clavicule; — Symptômes et diagnostic de la pleurésie séro-fibrineuse aiguë; — Symptômes et diagnostic du cancer de l'estomac; — Signes et complications de la rougeole; — Signes et diagnostic de la coxalgie; — Vaccine et vaccination; — Signes et diagnostic du rhumatisme articulaire aigu; — Erysipèle de la face; — Symptômes et diagnostic de la fièvre scarlatine; — Péritonite aiguë généralisée; — Insuffisance aortique; — Etranglements herniaires; — Délivrance; — Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse.

Concours de 1895. — 1° *Anatomie* : Crosse de l'aorte; — Articulation tibio-tarsienne; — Extrémité inférieure du radius et du cubitus; — Muscles masticateurs; — Artère sous-clavière; — Os maxillaire supérieur; — Muscles obturateurs; — Caractères distinctifs des vertèbres cervicales; — Ligaments de l'articulation du genou; — Muscles de l'éminence Thénar; — Tronc cœliaque; — Rapports de l'estomac; — Muscles long et court fléchisseur du gros orteil; — Ligaments qui unissent l'os sacrum à l'os iliaque; — Configuration extérieure de la portion pétreuse de l'os temporal; — Artère carotide externe; — Configuration extérieure et rapports de l'œsophage; — Calcanéum et cuboïde; — Muscles du pied; — Ligament large; — Artères du pied; — Tronc de la veine cave inférieure; — Long et court supinateur; — Nerf médian; — Cordon spermatique.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : Fractures du péroné; — Epistaxis (causes et traitement); — Oreillons; — Complications et traitement des fractures compliquées de la jambe; — Ulcère variqueux de la jambe; —Symptômes, marche et complications des anévrysmes artériels circonscrits; — Etiologie, symptômes et traitement du phlegmon diffus; — Manuel opératoire du cathétérisme évacuateur de la vessie; — Description, signes et diagnostic de la tuberculose pulmonaire à la troisième période; — Luxation de la mâchoire; — Complication et traitement de la blennorrhagie; — Erysipèle de la face; — Examen chimique des urines; — Le panaris; — Thoracentèse; — Mal de Pott; — Causes, symptômes et traitement de la pleurésie purulente; — Cancer de l'utérus; — Symptômes et diagnostic de la grossesse simple; — Signes et diagnostic de la fièvre scarlatine; — Signes, diagnostic et traitement de l'hydrocèle vaginale; — Les adénites suppurées.

B. — Voici maintenant les articles du règlement relatif aux *internes en médecine et en chirurgie*.

Art. 102. — Les élèves externes, reçus au concours, ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes. Ils ne sont inscrits, pour le concours de l'internat, que sur le vu des pièces ci-après : 1° un certificat constatant leur service en qualité d'externes, au moins depuis le 1er fevrier précédent, sans interruption motivée; 2° des certificats délivrés par le médecin ou chirurgien et par le directeur des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externes, et attestant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite.

Art. 102. — Par un arrêté en date du 26 juillet 1892, pris en conformité de l'avis du Conseil de surveillance et approuvé par M. le Préfet de la Seine, l'article 102 du règlement sur le service de santé, qui détermine les conditions à remplir par les candidats pour être admis à prendre part au concours de l'internat en médecine, a été revisé ainsi qu'il suit : « Les élèves externes, reçus au concours, ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes. Ils ne peuvent, toutefois, prendre part à ce concours que pendant les 6 années qui suivent la prise de leur première inscription de médecine. Les années de présence sous les drapeaux ne seront pas comprises dans ce délai. Les candidats au concours de l'internat ne sont inscrits à ce concours que sur le vu des pièces suivantes : 1° un certificat constatant leurs services en qualité d'externes, au moins depuis le 1er février précédent, sans interruption motivée; 2° des certificats délivrés par les médecins et chirurgiens, et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externes, établissant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite; 3° un certificat de scolarité délivré par l'Ecole de médecine.

Le nouveau règlement dont il s'agit sera applicable à partir du concours de l'année 1896. »

Art. 121. — Les épreuves du concours de l'internat sont réglées comme il est dit ci-après : 1° une épreuve d'admissibilité consistant en une composition écrite sur l'anatomie et la pathologie, pour laquelle il sera accordé deux heures; 2° une épreuve orale sur les mêmes sujets; il sera accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après dix minutes de réflexion, la question qui lui sera échue. A chaque séance de l'épreuve orale, l'une des questions arrêtées par le Jury porte ou peut porter sur un sujet d'accouchement ou afférent aux accouchements. Le maximum des points à attribuer, pour chacune de ces épreuves, est fixé ainsi qu'il suit : pour la composition écrite, 30 points; pour l'épreuve orale, 20 points. Ces opérations terminées, le jury procède au classement des candidats.

Questions écrites données dans ces dernières années.— 1861. Structure du rein; hématurie. — 1862. Région inguinale, signes et diagnostic de l'étranglement intestinal au point de vue médical et chirurgical. — 1863. Muscles intercostaux, leurs usages, fracture des côtes. — 1864. Cordon testiculaire; varicocèle et son traitement. — 1865. Diaphragme; pleurésie. — 1866. Veine porte; ascite. — 1867. Artères des intestins; Signes et diagnostic des hémorragies intestinales. — 1868. Muscles intrinsèques du larynx; caractères différentiels des laryngites. — 1859. Médiastin postérieur; diagnostic du pneumothorax. — 1871. Trachée et bronches; corps étrangers des voies aériennes. — 1872. Vertèbres cervicales; signes et diagnostic du mal de Pott. — 1873. Circulation du foie; cirrhose. — 1874. Rapports de l'œsophage; ses rétrécissements. — 1875. De l'endocarde et des endocardites. — 1876. Cæcum; ulcérations intestinales. — 1877. Vaisseaux sanguins du poumon; gangrène pulmonaire. — 1878. Structure du rein; diagnostic et valeur séméiologique de l'albuminurie. — 1879. Testicule; affections tuberculeuses du testicule. — 1880. Voile du palais; érysipèle spontané de la face.—1881. Col de l'utérus; polypes de l'utérus. — 1882. Nerf récurrent; anatomie pathologique; signes et diagnostic de l'apoplexie pulmonaire. — 1883. Région poplitée; gangrène sénile. — 1884. Voies biliaires (anatomie et physiologie); symptômes, diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie. — 1885. 1er concours : Rapports de l'estomac et du duodénum; anatomie pathologique, symptômes et diagnostic du choléra asiatique; — 2e concours : Circonvolutions de la face externe du cerveau; cours et signes de l'hémiplégie. — 1886. Grand épiploon; signes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse. — 1887. Veines jugulaires; érysipèle de la face. — 1888. Triangle de Scarpa; symptôme et diagnostic de l'étranglement herniaire. — 1889. Muqueuse de l'utérus; Diagnostic différentiel des métrorrhagies. — 1890. Pancréas (An. et Phys.); Diagnostic de l'ulcère rond de l'estomac. — 1891. Articulation tibio-tarsienne; périostite phlegmoneuse diffuse. — 1892. Diaphragme (An. et Phys.); symptômes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire. — 1893. Cæcum; abcès péri-cæcaux. — 1894. Voies biliaires intra et extra-hépatiques; symptômes et complications de la lithiase biliaire. — 1895. Nerfs de la langue; symptômes et diagnostic du cancer de la langue. — 1896. Origine et tronc de la veine porte; perforation intestinale.

Le relevé suivant donnera une idée de la nature des questions orales (1).

Concours de 1888. — Urèthre; rétention d'urine; — Col de l'utérus; présentations de l'épaule;— Rapports de l'estomac; symptômes et diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac; — Nerf facial depuis son entrée dans le rocher; paralysie faciale; — Parotide; oreillons; — Ligaments de l'articulation du genou; fractures de la rotule; — Œsophage; rétrécissements de l'œsophage; — Veine cave inférieure; causes, signes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens; — Muqueuse intestinale et colique de plomb; — Ventricule gauche et insuffisance mitrale; — Nerf cubital et panaris; — Muscles intrinsèques du larynx; laryngite striduleuse; — Vertèbres dorsales; symptômes et diagnostic du mal de Pott.

Concours de 1889. — Veine porte en dehors du foie; symptômes et diagnostic de la cirrhose alcoolique; — Nerf radial; para-

(1) Voir pour les questions données aux précédents concours les *Numéros des Etudiants* de 1883 à 1887.

lysie radiale ; — Uretère chez la femme ; valeur séméiologique et pronostic de l'albuminurie chez la femme ; — Valvule mitrale ; symptômes et diagnostic du rétrécissement mitral ; — Ligaments et synoviales de l'articulation coxo-fémorale ; signes de la coxalgie ; — Artère pulmonaire ; embolie pulmonaire ; — Face inférieure du foie ; symptômes et diagnostic des kystes hydatiques du foie ; — Racines postérieures des nerfs rachidiens ; symptômes et diagnostic de l'ataxie locomotrice progressive (sclérose des cordons postérieurs de la moelle). — Tunique des bourses ; pathogénie, signes et diagnostic de l'hématocèle vaginale. — Rapports de la trachée ; signes et diagnostic des corps étrangers des voies urinaires ; — Parties intra-crâniennes du nerf facial depuis son origine apparente jusqu'à sa sortie du rocher ; fractures du rocher (signes et diagn.). — Veines du membre inférieur ; étiologie symptomatique et diagnostic de la phlegmatia alba dolens ; — Diaphragme ; diagnostic des épanchements liquides de la plèvre.

Concours de 1890. — Pancréas (Anatomie et physiologie) : diagnostic différentiel de l'ulcère de l'estomac ; — Fosse iliaque ; phlegmon de la fosse iliaque ; — Circulation veineuse intra-cranienne ; méningite tuberculeuse ; — Vaisseaux et nerfs du pied ; causes, signes et diagnostic du mal perforant ; — Région parotidienne ; oreillons ; — Lobule hépatique ; symptômes du diabète sucré ; — Nerf récurrent ; séméiologie des crachats ; — Ligaments de l'articulation de la hanche ; symptômes de la coxalgie ; — Prostate ; infiltration d'urine : — Muscles et nerfs du voile du palais ; signes et diagnostic des polypes naso-pharyngiens ; — Articulation de la tête avec la colonne vertébrale ; diagnostic de la présentation du sommet, au terme de la grossesse ; — Dure-mère rachidienne ; causes, symptômes et diagnostic de la compression de la moelle épinière.

Concours de 1891. — Couches optiques ; Embolie cérébrale.— Voies lacrymales ; inflammations aiguës des voies lacrymales. — Nerf récurrent ; œdème de la glotte. — Synoviales des doigts de la main ; synovite chronique de ces gaines. — Nerf phrénique ; pleurésie diaphragmatique. — Villosités intestinales ; perforations de la fièvre typhoïde. — Ganglions de l'aine ; s. et d. de la hernie crurale étranglée. — Canal thoracique ; gangrène pulmonaire. — Péritoine pelvien ; insertions vicieuses du placenta. — Pylore ; gastrorrhaphie. — Ombilic : signes, complications et traitement de l'avortement. Glande sous-maxillaire et son canal excréteur ; causes, signes et diagnostic du phlegmon sus-hyoïdien. — Amygdales ; syphilis de la langue. — Endocarde ; asystolie. — Conformation extérieure et rapports du bulbe rachidien ; causes, signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse.

Concours de 1892. — Crosse de l'aorte ; symptômes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Artère fémorale ; signes de la coxalgie. — Bassinet et uretères ; signes et diagnostic de la colique néphrétique. — Muscles masticateurs ; s. et d. des paralysies faciales. — M. du larynx ; laryngite striduleuse. — Col de l'utérus ; s. et traitement de l'éclampsie puerpérale. — Hile du poumon ; symptômes du pneumothorax. — Rapports du pharynx ; abcès rétro-pharyngiens. — Veine porte ; s. et d., de la cirrhose atrophique alcoolique. — Creux poplité ; névralgie sciatique. — Veines jugulaires ; symptômes de la méningite tuberculeuse. — Région ombilicale ; symptômes du cancer de l'estomac. — Canal inguinal ; s. et diagn. de la tuberculose testiculaire. — Veines saphènes ; causes et symptômes de la phlegmatia alba dolens. — Rapports du cœur ; signes et diagn. de la néphrite interstitielle.

Concours de 1893. — Orifice aortique ; symptômes et diagnostic de l'angine de poitrine. — Vaisseaux et nerfs de la plante du pied ; causes, signes et diagnostic du mal perforant plantaire. — Plèvre pariétale ; signes et diagnostic du cancer pleuropulmonaire. — Artères rénales ; complications rénales de la scarlatine. — Orifice mitral ; pathogénie et signes de l'apoplexie pulmonaire. — Articulation sterno-claviculaire ; pathog. et signes du torticolis musculaire chronique. — Racines rachidiennes ; signes et marche des fractures de la colonne vertébrale. — Branche ophtalmique de Willis ; zona ophtalmique. — Portion membraneuse de l'urèthre ; complications des rétrécissements de l'urèthre. — Artères de la région du coude et leurs anastomoses ; signes et diagnostic des luxations du coude en arrière. — Vaisseaux et nerfs de l'utérus ; signes et diagnostic de la grossesse au cinquième mois. — Cornée transparente ; signes et diagnostic de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. — Vésicule biliaire ; complication de la lithiase biliaire ; — Bronches extra-pulmonaires ; corps étrangers des voies aériennes.

Concours de 1894. — Ganglions trachéo-bronchiques ; adénopathie trachéo-bronchique. — Pancréas ; complications nerveuses du diabète sucré ; — Villosités intestinales ; entérite tuberculeuse. — Tubes urinifères ; cancer du rein. — Capsules surrénales ; maladie d'Addison. — Artères coronaires ; angine de poitrine. — Creux poplité ; anévrysme poplité. — Muqueuse vésicale ; rétention d'urine et son traitement.

Concours de 1895. — *Rapports du larynx* ; *laryngite striduleuse* ; Médiastin postérieur ; Symptômes et diagnostic du pneumothorax partiel ; — Vésicule de De Graaf ; Diagnostic des kystes de l'ovaire ; — Nerf sciatique poplité externe ; Plaies des nerfs ; — Rapports de l'œsophage ; Rétrécissements cancéreux de l'œsophage ; — Sacrum ; — Manuel opératoire, difficultés et accidents de la version podalique ; — Parois osseuses des fosses nasales ; Symptômes et diagnostic des polypes naso-pharyngiens ; — Artères de la jambe ; Phlegmatia alba dolens ; — Glotte ; Diagnostic et indications thérapeutiques du croup ; — Arrière cavité des épiploons ; Signes et valeur séméiologique de l'ascite ; — Rapports de l'œsophage ; Rétrécissement cancéreux de l'œsophage ; — Cordon séminal ; Kyste du cordon ; — Rapport de la carotide ; Oreillons ; — Muscles de l'éminence Thénar ; Symptômes et diagnostic des paralysies saturnines ; — Rapports de l'uretère ; Symptômes, diagnostic et traitement de l'éclampsie puerpérale ; — Les oreillettes du cœur ; — Etiologie, signes et diagnostic de l'insuffisance tricuspidienne (1).

Prix de l'Internat. — Nous devons ajouter que, tous les ans, il est ouvert pour les prix à décerner aux internes qui terminent leur quatrième année d'exercice deux concours distincts portant : l'un sur la médecine, l'autre sur la chirurgie et les accouchements.

Questions posées à ces concours jusqu'en 1887. Concours de 1877 : *Glandes de la muqueuse stomacale* ; *Valeur séméiologique de l'hématémèse* (1re division). — *Anatomie du lobule pulmonaire* ; *emphysème pulmonaire* (2e division). — Concours de 1878 : *Glandes du gros intestin, anatomie et physiologie* ; *Diagnostic et traitement du cancer de l'intestin* (1re division). — *Anatomie et physiologie du corps thyroïde* ; *symptômes et physiologie de la maladie de Basedow* (2e division). — Concours de 1879 : *Structure et physiologie des reins* ; *thromboses veineuses* (1re division). — *Anatomie et physiologie des nerfs du cœur* ; *causes et symptômes de l'asystolie* (2e division). — Concours de 1880 : *Structure des ganglions lymphatiques* ; *leucocythémie* (1re division). — *Des glandes de l'intestin grêle* : *diagnostic et traitement de l'invagination intestinale* (2e division). — Concours de 1881 : *Vaisseaux capillaires* ; *embolies capillaires* (1re division) ; — *Artères du cerveau* ; *paralysie générale* (2e division). — Concours de 1882 : *Uretère, sécrétion urinaire* ; *phlegmon périnéphrétique* (1re division) ; — *Muqueuse de l'estomac, anatomie et physiologie* ; *ulcère simple de l'estomac* (2e division). — Concours de 1884. Epreuves écrites : *Cellule hépatique* ; *accidents du diabète* (1re division) ; — *Valvule iléo-cæcale* ; *symptômes, diagnostic et traitement de l'étranglement interne* (2e division). — Epreuve orale : *Luxation congénitale de la hanche* ; *accidents nerveux du saturnisme* (1re division) ; — *Hernie inguinale* ; *hydrocèle vaginale* ; *paralysie de la troisième paire* (2e division). — Concours de 1885. Epreuves écrites (1re division) : *Col de la vessie et tumeurs de la vessie* ; — (2e division) : *Périoste et ostéomyélite phlegmoneuse diffuse.* — Epreuves orales : *Rétrécissement de l'artère pulmonaire* (1re division) ; — *Symptômes et diagnostic des kystes de l'ovaire* ; *bronchite capillaire* (2e division). — Concours de 1886. Epreuves écrites (1re division) : *Structure des veines* ; *phlébite.* — (2e division) : *Conformation extérieure et rapports du foie* ; *kystes du foie.* — Epreuves orales : *Luxation traumatique de la hanche* ; *rhumatisme cérébral* (1re division). — *Mal de Pott sous-occipital* ; *causes, signes et marche de la paralysie faciale* (2e division).

L'année suivante, le concours de la première division a été supprimé. Concours de 1887 : (Les internes de 4e année seulement ayant pris part à ce concours, qui était facultatif). Epreuve écrite : *Pylore* ; *dilatation de l'estomac.* Epreuve orale : *De l'hématocèle vaginale.*

A partir de 1888, le *Concours des Prix de l'Internat* est dédoublé (voir Bulletin du *Numéro des Etudiants*, 1887 et *Progrès méd.*, 1888, 1er sem., p. 89) en deux concours, portant les noms de *Concours de la médaille d'or pour la médecine* et *Concours de la médaille d'or pour la chirurgie* ou de *Concours des Bourses de voyages.* Désormais il y a donc deux concours : un pour les *internes en chirurgie* de 4e année ; l'autre pour les *internes en médecine* de 4e année. Ces deux concours, pour 1888, ont eu lieu en décembre.

Questions qui ont été posées en 1891. — *Section de médecine* : Question écrite : *Des artérites cérébrales.* Question orale : *Oreillons.* — *Section de Chirurgie* : Question écrite : *Œsophage* (Anat. et Phys.) ; *rétrécissement non cancéreux de l'œsophage.*

---

(1) Les questions de 1896 seront publiées dans les numéros suivants du *Progrès médical.*

Concours de 1892. — *Section de Médecine*: Question écrite : *Anatomie et physiologie de la terminaison des nerfs moteurs et des origines des nerfs de la sensibilité générale; paralysie toxique* Question orale : *Les angines de poitrine.* — *Section de Chirurgie* ; Question écrite : *Mamelles, anatomie et histologie; cancer du sein.* Question orale : *Cancer du larynx.* — Concours de 1893. Section de Médecine : *Scarlatine maligne.* Section de Chirurgie : *Anatomie de la vésicule biliaire; thérapeutique chirurgicale de la lithiase biliaire.* — Concours de 1894. — Section de Médecine : *Anatomie histologique et pathologique des capsules surrénales.*

En dehors de ces prix, il en existe certains autres dus à des fondations, et dont la plupart sont accordés à celui qui est arrivé premier lors du concours de l'internat. Ces prix sont les suivants : *Prix Arnal* : Livres et instruments donnés au premier externe nommé au concours. Valeur 450 fr. — *Prix Dusol* : Donné au premier interne nommé au concours. Valeur 300 fr.— *Prix Godard* : Boîte ou trousse d'instruments au premier interne nommé au concours. Valeur 200 fr. — *Prix Barbier* : Au premier interne nommé au concours sous la condition qu'il sera attaché au service chirurgical de la Charité. Valeur 1,250 fr. environ. — *Prix Burlaud* : Donné à l'un des trois internes reçus 5e, 6e ou 7e au concours et qui sera désigné par le sort. Valeur 500 fr. (payables par trimestres ; d'ordinaire, les trois élèves partagent le prix). — *Prix Civiale* : Prix biennal de 1,000 fr., à l'interne, titulaire ou provisoire, auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires.

Les renseignements qui précèdent montrent combien l'*externat* et surtout l'*internat* offrent d'avantages scientifiques aux étudiants en médecine, et nous ne saurions trop engager les étudiants laborieux à se préparer aux concours qui permettent d'arriver aux fonctions d'externes et d'internes. Voici les avantages matériels que ces institutions leur présentent.

Internes. — Avant 1882 : 1re et 2e années, 500 fr. ; 3e année, 600 fr. ; 4e année, 700 fr. Depuis le 1er janvier 1882, à la suite d'une proposition de M. Bourneville, adoptée par le Conseil municipal, les indemnités sont les suivantes : 1re année, 600 fr. ; 2e année, 700 fr. ; 3e année, 800 fr. ; 4e année, 1,000 fr.—Les internes sont d'habitude logés. Dans le cas contraire, ils reçoivent une indemnité de 600 fr. — Dans les hôpitaux excentriques (Tenon, Bichat, Broussais, Hérold, Sainte-Périne) et dans les hospices extra-muros (Bicêtre, Ivry, Ménages) ils reçoivent, en outre, une indemnité de déplacement calculée à raison de 300 fr. par an. — Le nombre des places vacantes est d'ordinaire de 50 à 60 ; celui des candidats de 500 environ; celui des copies remises de 400 environ.

Externes. — 1° Dans les hôpitaux dits du *centre* : Charité, Clinique, Hôtel-Dieu, Pitié, les externes ne reçoivent aucune indemnité ; — 2° Dans les hôpitaux *semi-excentriques*, comme Necker, les Enfants-Malades, Cochin, etc., les externes touchent par service 300 fr. par an ; — 3° Dans les hôpitaux *excentriques* (Beaujon, Lariboisière, Saint-Antoine, Trousseau et Saint-Louis, etc.), les externes ont une indemnité de un franc par jour. — A la Maison de Santé, les externes ont collectivement par service 300 fr. par an et, de plus, une indemnité individuelle de 300 fr.— Enfin, à Tenon, à Bichat, etc., les externes, vu la grande distance de l'hôpital, touchent exceptionnellement, comme nous l'avons dit, une indemnité de 50 fr. par mois.

Asiles d'Aliénés de la Seine.

En raison de l'importance de l'assistance publique à Paris, de la distribution des secours de toute nature, du nombre des établissements hospitaliers, il a été nécessaire de créer une Administration spéciale. En 1849, une loi a confié à cette Administration le service des Enfants assistés et des Aliénés. Mais, en 1873, l'Administration de l'Assistance publique, qui était très impopulaire, s'est vu enlever le service des Aliénés. Il s'ensuit que, aujourd'hui, il existe à Paris deux Administrations de l'Assistance publique, l'une siégeant avenue Victoria, et une autre, limitée au service des aliénés, siégeant à la Prefecture de la Seine. Il en résulte, à tous les égards, de nombreux inconvénients. Les dépenses sont plus considérables et tendent à s'accroître chaque année; on a créé un nouveau Corps médical, un autre groupe d'internes, etc. De là, des tiraillements de toute sorte, des fausses manœuvres, des pertes de temps. Il serait vivement à désirer que tous les services relatifs à l'Assistance publique fussent réunis en un seul groupe (1).

En attendant la réalisation de cette réforme si désirable, nous croyons utile de donner les conditions relatives à l'*internat des asiles*. Depuis 1879, les places d'internes en médecine des asiles d'aliénés de la Seine sont donnés au concours.

L'Internat en médecine des Asiles.

Le Concours de l'Internat. — Peuvent prendre part au concours tous les étudiants en médecine âgés de moins de 30 ans révolus le jour de l'ouverture du concours et pourvus au moins de huit inscriptions, prises dans les Facultés. Les candidats devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine (Bureau des aliénés), annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau. Chaque candidat devra produire les pièces ci-après : 1° un acte de naissance ; 2° un extrait du casier judiciaire ; 3° un *certificat de revaccination* (1) ; 4° un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré par le maire de la commune ou le commissaire de police de son quartier ; 5° un certificat constatant qu'il est pourvu de 16 inscriptions en médecine.

Epreuves. — Epreuve d'admissibilité : 1° Une épreuve écrite de trois heures, sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Cette épreuve pourra être éliminatoire, si le nombre des concurrents dépasse le triple des places vacantes.

Epreuve définitive : 2° Une épreuve orale de quinze minutes, sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après un quart d'heure de préparation. — Le maximum des points à accorder pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : Pour l'épreuve écrite, 30 points ; pour l'épreuve orale, 20 points. Le sujet de l'épreuve écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées avant l'ouverture de la séance par le Jury. Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour ceux des candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury, avant l'ouverture de chaque séance.

Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort, à l'ouverture de chaque séance. Le jugement définitif porte sur l'ensemble des deux épreuves (écrite et orale). Les premiers reçus au concours sont nommés internes titulaires. La durée de leurs fonctions est de trois ans. Les fonctions d'interne dans les asiles d'aliénés de la Seine sont incompatibles avec les fonctions d'interne ou d'externe dans les hôpitaux, hospices et autres établissements.

Il est nommé, à la suite du Concours et dans l'ordre de mérite, *des internes provisoires chargés de remplacer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchement.*— La durée des fonctions d'interne provisoire est limitée à une année, à partir du 1er février. — Les internes provisoires pourront se représenter au Concours pour les places d'interne titulaire. — L'interne provisoire qui passe sa thèse renonce implicitement à se représenter, mais il peut rester en fonctions jusqu'à l'expiration de l'année commencée. — L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature de l'interne titulaire, chaque fois qu'il est appelé à le remplacer.

Questions posées. — Voici les questions écrites et orales données aux concours de 1883 à 1895, afin de donner aux futurs concurrents une idée de la nature des épreuves.

Questions écrites. — C. de 1883 : *Cordon postérieur de la moelle* (anatomie et physiologie). — C. de 1884 : *Nerf récurrent* (anatomie et physiologie). — C. de 1885 : *Racines des nerfs rachidiens.* — C. de 1886 : *Artères de l'encéphale; circulation cérébrale.* — C. de 1887 : *Pneumogastrique* (anat. et physiologie). — C. de 1888 : *Cordons postérieurs de la moelle* (anat. et physiol.).— C. de 1889 : *Pie-mère; liquide céphalo-rachidien* (anat. et physiologie). — C. de 1890 : *Nerf hypoglosse* (anat. et physiologie). — C. de 1891 : *Lobes frontaux et pariétaux du cerveau* (anat. et physiologie). — C. de 1892 : *Cordons postérieurs de la moelle* (anat. et physiologie). — C. de 1893 : *Nerfs moteurs de l'œil* (anat. et physiologie). — C. de 1894 : *Nerf spinal* (anat. et physiologie).

Questions orales. — Concours de 1885 : *Signes et diagnostic du cancer de l'estomac ; — Fractures compliquées des jambes ; — Des symptômes des épanchements liquides de la plèvre ; — Des hydarthroses du genou ; — Symptômes et complications de la fièvre scarlatine ; — Des fractures de côtes.* — Concours de 1886 : *Symptômes et marche de la scarlatine régulière ; an-*

(1) Pour parler plus exactement, il faudrait dire *quatre* administrations. En effet, la Préfecture de police dirige des établissements ressortissant dans une certaine mesure à l'Assistance publique et la Direction des affaires municipales à une série d'établissements qui auraient pu être légitimement rattachées à l'Assistance, asiles de nuit, refuges-ouvroirs, colonies agricoles, stations de voitures d'ambulances, asiles pour les femmes enceintes, etc.

(1) Nous avons enfin obtenu gain de cause sur ce point, comme nous l'avons déjà obtenu, non sans peine, pour le concours de l'internat des hopitaux ; il ne devrait pas y avoir de décès par la variole dans les hopitaux. Le ministre de l'instruction publique a enfin prescrit la revaccination de tous les étudiants en médecine ; cette mesure devrait être appliquée à tous les étudiants, à l'entrée de toutes les Facultés.

thrax; — Signes et diagnostic de la première période de la phtisie pulmonaire; — fractures de la clavicule; — Signes et diagnostic de la péritonite aiguë; — Fractures de la rotule. — Concours de 1887: *Valeur séméiologique de l'hémoptysie; —Signes et diagnostic des luxations de l'épaule; — Causes et signes du pneumothorax; Fractures de la clavicule.* — C. de 1888: *Luxation de l'épaule; Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Fracture compliquée de la jambe; Erysipèle de la face* (signes et diagnostic). — *Hernie crurale étranglée; Rhumatisme articulaire aigu* (signes et diagnostic). — *Plaie pénétrante de l'abdomen* (symptômes et complications); *Typhlite.* — C. de 1889: *Causes et diagnostic de l'hémoptysie; symptômes et diagnostic de la hernie étranglée. — Scarlatine; fracture du col du fémur. — Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde; Symptômes et diagnostic des anévrysmes externes. — Signes et diagnostic de la pleurésie purulente; Plaies de la poitrine;* — C. de 1890: *Pneumonie du sommet; panaris.* — Concours de 1891: *Symptômes et diagnostic de l'endocardite ulcéreuse; Symptômes et diagnostic de la fracture du col du fémur. — Complications de la scarlatine; Symptômes et diagnostic du mal de Pott. — Symptômes et diagnostic de l'urémie; Diagnostic des fractures de la base du crâne. — Symptômes et diagnostic de la gangrène pulmonaire; Abcès rétro-pharyngiens.* — C. de 1892: *Symptômes et diagnostic de la pneumonie franche aiguë; Hernie crurale. — Hémoptysie; Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — Insuffisance mitrale; Fractures de côtes. — Pleurésie purulente; Luxation de la mâchoire.* — C. de 1893: *Signes et diagnostic de l'étranglement interne. — Corps étrangers de l'œsophage. — Ulcère rond de l'estomac..—Luxation de l'épaule en avant.—Pleurésie purulente; Fracture du col du fémur.* — C. de 1894: *Urémie. Symptômes de diagnostic de l'insuffisance aortique. — Plaies de poitrine. — Pneumonie. (Symptômes et diagnostic). — Tumeur des bourses — Cancer de l'estomac. — Abcès chauds.* — C. de 1895: *Substance grise de la moelle; anatomie et physiologie. — Coliques néphrétiques. — Etranglement herniaire. — Fracture de l'extrémité inférieure du radius. — Rougeole (symptômes et diagnostic). — Cancer du rectum. — Tumeur blanche du genou. — Hématémèse.*

Concours pour 1896. — Le lundi 7 décembre 1896, à midi précis, il sera ouvert à la Préfecture de la Seine, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine vacantes au 1er janvier 1897 dans les asiles publics d'aliénés de la Seine: Asile-clinique (Sainte-Anne), Ville-Evrard, Vaucluse et Villejuif et à l'infirmerie spéciale des Aliénés près le dépôt de la Préfecture de police. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine (Bureau des aliénés), annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, les dimanches exceptés, de midi à 5 heures, du 9 au 21 novembre inclusivement.

Avantages matériels. — Les avantages matériels attachés à la situation d'interne dans les asiles publics d'aliénés de la Seine comportent le logement, le chauffage, l'éclairage, la nourriture, et un traitement fixe et annuel de 800 francs à l'Asile-Clinique, et qui est porté à 1.100 francs, pour tenir compte des frais de déplacement, dans les asiles extra-muros de Ville-Evrard, de Vaucluse et de Villejuif.

Les internes de l'infirmerie spéciale des aliénés près le dépôt de la Préfecture de police reçoivent un traitement de mille francs. Ils ont droit, en outre, au logement, au chauffage, à l'éclairage et à une indemnité de nourriture.

La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait, d'après l'ordre de classement établi par le jury d'examen, le 1er février seulement de chaque année. Ce mode de répartition assure à presque tous les internes des Asiles de la Seine un séjour d'au moins 1 année sur 3 dans un des services de l'Asile-Clinique, à Paris, ou de celui de Villejuif situé à proximité de Paris. Un interne ne peut rester plus de deux ans dans le même service. Tout interne titulaire est autorisé à passer sa thèse de doctorat aussitôt après sa nomination (1).

Médaille d'or de l'Internat des asiles. — Le Rédacteur en chef de ce journal, qui demande en vain depuis longtemps que les internes des asiles soient fournis par l'Assistance publique et appartiennent au Corps de l'internat des hôpitaux, a insisté pour que le concours, dit de la médaille d'or, eût des avantages plus en harmonie avec les besoins scientifiques de notre époque et que la médaille d'or et les avantages inhérents, c'est-à-dire une prolongation de service, fussent remplacés par une *bourse de voyage*. M. Hérold, préfet de la Seine, fit examiner cette proposition par une Commission spéciale qui émit un avis favorable. En conséquence, il fut pris un arrêté, que l'on trouvera tout au long dans le *Numéro des Etudiants* de 1886 (p. 937). Des concours pour la bourse de voyage ont donc eu lieu, savoir: le premier concours, le 23 novembre 1882: M. le Dr Briand a obtenu la bourse avec 82 points, sur un maximum de 100; le deuxième, le 3 novembre 1884: M. Vetault, interne à l'Asile-Clinique, a obtenu la bourse avec 83 points; le troisième, le 15 novembre 1886; M. le Dr Pichon a obtenu la bourse avec 92 points. Le quatrième concours a eu lieu en novembre 1888. M. le Dr Arnaud a obtenu la bourse avec 89 points. Le cinquième concours a eu lieu le 3 novembre 1890. M. Marie a obtenu la bourse avec 96 points. Voici les questions du concours de 1890: *Nerf moteur oculaire commun* (anatomie, physiologie et pathologie) (écrite). Epreuve clinique: *Interrogatoire et examen d'une malade.*—Malheureusement, les crédits relatifs à la bourse de voyage ont été supprimés par le Conseil général dès 1891, dans sa séance du 27 décembre.—Nous en avons demandé le rétablissement.

(1) Il n'est résulté de cette pratique libérale aucun inconvénient pour les asiles de la Seine. Aussi ne conçoit-on pas pourquoi le même avantage n'est pas accordé aux internes des hôpitaux. (B.)

L'Internat en Pharmacie des Asiles.

Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier 1897 dans les Asiles publics d'Aliénés du département de la Seine (Asile-Clinique, Asile de Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif). — Le lundi 9 novembre 1896, à une heure précise, il sera ouvert, à l'Asile-Clinique, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier 1897 dans lesdits établissements.

Personnel des Asiles d'Aliénés de la Seine.

I. — Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, boulevard Saint-Jacques, 911 lits. L'Asile Clinique relève directement de la Préfecture de la Seine et ne dépend pas de l'Administration de l'Assistance publique.— *Directeur*: M. le Dr Taule.— *Médecins, chefs de service*: MM. Bouchereau et Dubuisson (service de l'asile femmes et hommes); M. Magnan (service de l'admission). — *Pharmacien en chef*: M. le Dr Quesneville, agrégé à l'Ecole de pharmacie. — *Médecin adjoint*: M. Dagonet fils, chargé du service des bains externes.

La *clinique des maladies mentales* est installée à l'asile, sous la direction de M. le professeur Joffroy, assisté de MM. les Drs Toulouse, Roubinowitch, chefs de clinique responsables du service, conformément aux prescriptions de la loi du 30 juin 1838. Chef de laboratoire, M le Dr Klippel. — M. Magnan fait également à Sainte-Anne des leçons de clinique mentale. L'organisation officielle du service dentaire à l'Asile clinique, sous la direction de M. Poinsot, a été autorisée par délibération du Conseil général du 11 juillet 1887. Consultations gratuites tous les mercredis, à 10 heures, dans la salle des consultations externes.

Ecole départementale d'infirmiers et d'infirmières de l'Asile-Clinique (Sainte-Anne) (treizième année). — Les cours ont lieu du mois de novembre au mois de juillet, les lundis et vendredis, à huit heures du soir, dans l'Amphithéâtre du service de l'admission. Ils commenceront le lundi 16 novembre, à 8 h. du soir.

Hygiène, professeur: M. le Dr Dubuisson. — *Pansements et Appareils*, professeur: M. le Dr Mauclaire. — *Physiologie*, professeur: M. le Dr Vallon.—*Anatomie*, professeur: M. le Dr Vallon. — *Petite pharmacie*, professeur: M. Thabuis, pharmacien en chef de l'asile de Vaucluse. — *Administration*, professeur: M. le Dr Taule. — Les personnes étrangères à l'établissement, qui désireront suivre ces cours gratuits, devront se faire inscrire tous les jours, de 10 h. à 4 heures, à la direction de l'Asile.

II. — Asile de Ville-Evrard (Seine-et-Oise), 953 lits.— *Directeur-administrateur*: M. Balet. — *Médecins, chefs de service*: MM. les Drs Febvre (division des femmes) et Marandon de Montyel (division des hommes); *pharmacien en chef*: M. Mour u.

A côté de l'asile public, il existe un pensionnat qui est tout à fait distinct de l'asile et a pour médecin en chef: M. le Dr Legrain.

III. — Asile de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise), 650 lits. — *Directeur*: M. Baudard. — *Médecins en chef*: M. le Dr Boudrie (femmes), M. le Dr Taguet (hommes). — *Pharmacien en chef*: M. Thabuis. — A l'asile de Vaucluse est annexée une *colonie* pour les enfants arriérés et idiots. Elle contient actuellement 250 lits. M. le Dr Blin, médecin adjoint, remplit les fonctions de médecin chef de service de la colonie.

IV.—Asile de Villejuif (Seine), 1.140 lits.— *Directeur*: M. Tondu.— *Médecins, chefs de service*: M. le Dr Marcel Briand (division des femmes) et M. le Dr Vallon (division des hommes). Medecins adjoints: MM. Sérieux et Pactet. — *Pharmacien en chef*: M. Requier.

V. — Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). — *Directeur-médecin en chef*: M. le Dr Marie

Maison nationale de Charenton.

Médecins en chef: MM. les Drs Christian et Ritti. — *Chirurgien*: M. le Dr Damalix.

Les internes de cet établissement sont nommés par un concours spécial. (Voir les conditions *Progrès médical*, Numéro 45, 1894). Le premier concours a eu lieu en 1886. Question écrite : *Nerf facial* (anat. et physiol.). Epreuves orales : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde* ; *Diagnostic de la hernie inguinale*, Le 2e concours a eu lieu en mars 1887; le troisième concours le 18 juin 1889. Trois candidats s'étaient fait inscrire ; deux seulement se sont présentés. Question écrite : *Rétine* (anatomie et physiologie). Les autres questions restées dans l'urne étaient : nerf crural ; dure-mère cranienne. Question orale : symptômes de la fièvre typhoïde ; fractures du péroné. Les autres questions étaient : ulcère rond de l'estomac, symptômes et diagnostic ; pansement des plaies ; symptômes de la pneumonie gauche aiguë ; panaris. Le concours suivant a eu lieu le 22 avril 1890. Cinq candidats s'étaient fait inscrire et se sont présentés ; trois ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Nerf cubital* (anatomie et physiologie). Les autres questions restées dans l'urne étaient : dure-mère cranienne ; pneumogastrique. Question orale : symptômes et diagnostic de la rougeole, cathétérisme œsophagien. Les autres questions étaient : diagnostic de la pneumonie aiguë franche ; luxation du maxillaire inférieur ; étiologie de la fièvre typhoïde ; rétention d'urine. Un autre concours a eu lieu le 25 décembre 1891. Cinq candidats inscrits ; quatre ont subi les épreuves et ont été déclarés admissibles ; le concours a été remarquablement brillant. Question écrite : *Bulbe rachidien* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *nerf spinal*, et *nerfs de la langue*. Question orale : *Pneumonie* ; *Hernie étranglée* (signes et diagnostic). Les autres questions étaient : *Signes et diagnostic de la colique hépatique ; Fracture du col du fémur ; Insuffisance mitrale ; Entorse*. Deux concours ont eu lieu en 1895 : l'un le 16 avril et l'autre le 26 juin. Au premier, deux candidats seulement s'étaient fait inscrire ; un seul s'est présenté et a été déclaré admissible. Question écrite : *Nerf sciatique* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *lobes frontaux et cordons postérieurs de la moelle*. Question orale : *Symptômes de l'hémorrhagie cérébrale ; Fractures de côtes* (symptômes et diagnostic). Les autres questions étaient : *Etiologie et symptômes de la fièvre typhoïde* ; *Entorse tibio-tarsienne* ; *Diagnostic différenciel de la pneumonie et de la pleurésie* ; *Rétention d'urine*. Au concours du 26 juin, onze candidats s'étaient faits inscrire : neuf ont pris part à la première épreuve et sept à la seconde ; cinq ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Cordons postérieurs de la moelle* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *Le ventricule* ; *nerf facial*. Question orale : *Coliques hépatiques ; Signes et diagnostic de l'étranglement herniaire*. Les autres questions étaient : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde, fracture du rocher ; Erysipèle de la face* ; *Rétrécissement de l'urèthre*. — Un nouveau concours aura lieu en novembre 1896. On trouve, chez le concierge de la Faculté de médecine et à la Maison nationale, des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le progamme de ce concours.

Asiles de convalescence de Vincennes, du Vésinet, Asile Vacassy.

A. de Vincennes (420 lits). — *Directeur* : M. Bobeuf. — *Médecins* : MM. Du Mesnil et Bloch. 3 internes nommés au concours. Les candidats doivent avoir été externes des hôpitaux de Paris pendant une année au moins. Ils ne sont pas logés. Leur traitement est de 1,500 fr. la 1re année ; 1,600 fr. la 2e ; 1,700 fr. la 3e. Ils ont le déjeuner, même le jour où ils ne sont pas de garde.

Asile Vacassy. — A côté de l'asile de Vincennes, se trouve l'Asile Vacassy, ouvert depuis 3 ans, en exécution d'un décret du 30 juin 1876, et au moyen du legs universel fait par M. Vacassy, « pour recevoir et hospitaliser, lorsqu'ils auront cessé d'être en traitement, des indigents ayant subi, à *Paris*, des accidents quelconques ayant entraîné, pour les victimes, une mutilation ou une infirmité les frappant de l'incapacité de subvenir, par leur travail, à leur existence. » Quatre dortoirs de 14 lits chacun sont organisés et occupés. — La direction et le service médical sont confiés au personnel de l'asile de Vincennes.

A. du Vésinet. — *Directeur* : M. Chabanel ; — *Médecin résident* : M. Capmas ; — *Médecin-adjoint* : M. Lelievre (de Chatou). — 400 lits. — Pas d'internes, en raison de la présence d'un médecin résident. Un quartier pour mères-nourrices.

Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, rue Moreau, 13, près la Bastille. — Tous les jours, à midi et demi, consultations et opérations A 1 h., dans la salle annexe pansements des maladies contagieuses. — Les conférences cliniques ont recommencé le lundi 5 octobre et porteront sur toute l'ophtalmologie, l'examen clinique des malades, opérations. Le lundi, à 2 heures, Dr Kalt. Le jeudi à 2 heures, Dr Valude. Le vendredi, à 1 heure, Dr Trousseau. Le samedi, à 1 heure, Dr Chevallereau. Le mardi à 2 heures, *Présentation et discussion de malades par les médecins de la clinique*. — Le 1er et le 3e mardi de chaque mois, de midi à 1 heure, à partir du 2 novembre, Dr Dubief : *Conférences d'anatomie pathologique et de bactériologie.*

Institution nationale des Sourds-Muets.

Cette institution est située, rue Saint-Jacques, n° 254. — *Service de santé* : M. le Dr L. de Lacharrière, médecin ; M. le Dr Ménière, médecin-adjoint ; M. le Dr Tscherning, médecin-oculiste ; M. le Dr Jarre, médecin-dentiste.

Clinique Otologique. — Une clinique otologique est annexée à l'Institution nationale des Sourds-Muets. — Médecin en chef : M. le Dr L. de Lacharrière. — Chef de clinique : M. Devillas. — Cette clinique a en moyenne 2,800 malades chaque année, et donne environ 12,000 consultations. Les consultations ont lieu les mardis, jeudis et samedis, le matin.

Enseignement clinique dans les Hôpitaux.

Hôpital des Enfants-Malades. — Chirurgie des enfants et *Orthopédie*. M. le Dr de Saint-Germain recommencera ses conférences cliniques en avril 1896, à 9 heures. Consultations sauf le mercredi et le vendredi. Opérations le jeudi.

Enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie. — M. le Dr Sevestre, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le lundi 2 novembre 1896, à 9 heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon Trousseau), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie). Sont admis à suivre cet enseignement MM. les Etudiants pourvus de 16 inscriptions et MM. les Docteurs en médecine. Ils seront classés par séries de douze et pour une période de quinze jours. (MM. les Docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité). Chacun d'eux sera exercé à l'examen bactériologique et à la pratique des interventions opératoires. Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à 3 heures.

Hôpital Cochin. — Clinique thérapeutique. M. le Dr Dujardin-Beaumetz fait pendant le *semestre d'été* une série de leçons de clinique thérapeutique. Les laboratoires sont dirigés par MM. les Drs Dubief, Bardet et Egasse et des services d'électrothérapie, de massothérapie, de laryngologie et d'otologie sont annexés à ce service. — Pour l'année 1894 1895, ces services ne fonctionneront qu'à partir du semestre d'été. — *Maladies nerveuses*. M. le Dr Gilles de la Tourette, agrégé, commencera le vendredi 8 novembre, à cinq heures un quart, hôpital Cochin (Amphithéâtre Dujardin-Beaumetz), un cours de *Thérapeutique clinique* appliquée aux *Maladies du système nerveux*, et le continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Hospice de la Salpêtrière. — Conférences cliniques sur les maladies mentales et leur thérapeutique. M. Auguste Voisin fera un cours le jeudi à la Salpêtrière, au mois de mai 1897. — *Conférences cliniques sur les maladies nerveuses et mentales*. M. Jules Voisin. Ces cours ont lieu tous les jeudis de décembre à mai, à dix heures du matin.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Ernest Besnier, Salles Alibert et Devergie, à 9 h. Mardi, opérations dermatologiques, traitement du lupus, des acnés, des épithéliomes bénins, nævi superficiels, etc. Laboratoire Alibert. Mercredi, traitement et diagnostic des affections parasitaires de la peau, dermatophyties, teignes, etc. ; favus, pelades, alopécies et affections du cuir chevelu de tout ordre. Laboratoire Alibert. Vendredi, consultation clinique, 38, rue Bichat.

Hôpital Necker. — M. le Dr Routier. Service spécial des maladies des voies urinaires. Semestre d'hiver. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures, visite à la salle Civiale (hommes), petites opérations uréthrotomie, dilatations, lavages. Consultation des malades hommes au Pavillon Nélaton. — Mardi, jeudi, samedi, à 9 heures, grandes opérations au pavillon Nélaton. Tailles, lithotrities, laparotomies — Mercredi, samedi, à 11 h., consultations des malades femmes, visite salle Foucher (femmes). Pendant le trimestre d'été il sera fait des leçons cliniques.

Hôpital Trousseau. — M. Sevestre, conférences cliniques au lit du malade et examen des malades nouveaux les mercredis et samedis. Consultation les mardis et vendredis. — Leçons cliniques à l'amphithéâtre dans le semestre d'été.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies des vieillards et maladies nerveuses*, le mardi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. Charpentier, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. Féré, consultation le mardi, à 9 h. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. Bourneville. Samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau. — M. le Dr Kirmisson commencera ses leçons cliniques le lundi 9 novembre, à 10 heures; il les continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure. — Les leçons de cette année seront consacrées aux difformités de la tête et du tronc. — *Opérations*, le lundi, à 9 heures moins un quart. – *Consultations*, les mardis, jeudis et samedis, à 9 heures.

Hôpital Broussais, 96, rue Didot. — M. le Dr Barth commencera le mercredi 2 décembre, à 10 heures, une série de conférences de séméiotique élémentaire et de propédeutique médicale, à l'usage des élèves qui commencent à fréquenter les hôpitaux; il les continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure. Les autres jours, les élèves seront exercés à l'examen des malades.

Hôpital St-Antoine. — *Leçons cliniques sur les maladies nerveuses.* — Pendant le semestre d'hiver, MM. Gilbert Ballet et Ed. Brissaud font des leçons cliniques sur la pathologie mentale et nerveuse. M. Brissaud, le jeudi, à 10 heures; M. Ballet, le dimanche à la même heure. L'ouverture du cours est annoncé par une affiche spéciale.

Hôpital Lariboisière. — M. Gouguenheim. Clinique des maladies du larynx et du nez, mardi, jeudi et samedi à 9 heures. Démonstrations cliniques et anatomo-pathologiques, médecine opératoire du larynx et du nez — *Accouchements.* — M. Maygrier. Visite tous les jours à 9 h. Consultations pour les femmes enceintes et les nouveau-nés tous les jours. Les étudiants qui désirent faire des accouchements doivent se faire inscrire dans le service, qu'ils s'engageront à suivre à l'exclusion de tout autre, au moins pendant un mois. Ils seront mis en séries pour l'examen des femmes enceintes et en travail, et pour la pratique des accouchements.

Hôtel-Dieu. — *Clinique ophtalmologique.* — M. le Pr Panas commencera le cours de clinique ophtalmologique le lundi 9 novembre 1895, à 9 heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. Clinique et opérations à 10 heures. Exercices ophtalmoscopiques tous les mercredis. — *Cours pratique d'ophtalmologie.* M. le Dr A. Terson, chef de clinique, recommencera, le samedi 14 novembre, à l'Hôtel-Dieu, à 5 heures, des conférences pratiques : 1° *Ophtalmoscopie* (avec malades); 2° *Chirurgie oculaire* (avec exercices par les élèves). — M. Mermet, chef du laboratoire, recommencera, le lundi 16 novembre, à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférences pratiques : 1° *Anatomie normale et pathologique de l'œil et des annexes* (pièces et technique histologiques); 2° *Bactériologie clinique de l'œil.* Les cours auront lieu, le premier, les mardi, jeudi, samedi, à 5 heures; le second, les lundi, mercredi, vendredi, à la même heure, et dureront six semaines. — S'inscrire d'avance, *tous les matins*, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Asile Clinique (Sainte-Anne). — M. Magnan reprendra ses leçons cliniques sur les *maladies nerveuses et mentales*, dans l'Amphithéâtre de l'Admission, au mois de mars prochain ; mais à partir du 13 novembre, il recommencera, les vendredis à 9 heures 1/2, les *exercices cliniques sur le diagnostic de la folie.*

POLICLINIQUE DE PARIS.

4, rue Antoine-Dubois.

Après bientôt huit années d'existence, la Policlinique de Paris s'est vu forcée, par le nombre même des consultants, à s'installer dans des locaux plus vastes et moins sordides que ceux qu'elle occupait jusqu'ici rue Mazarine, où elle n'a plus aucun service.

Cette translation en plein quartier des Ecoles va permettre à cette institution de donner un peu plus d'extension à l'enseignement médical proprement dit. Le nombre des malades qui fréquentent la Policlinique constitue une riche collection de matériaux cliniques, qu'il serait coupable de ne pas mettre en œuvre dans l'intérêt de la médecine. Aussi ne saurions-nous trop engager les étudiants à aller y parfaire leur instruction sur certaines branches de notre art parfois trop négligées, comme la médecine d'enfants, la médecine mentale, la dermatologie, l'ophtalmologie, la laryngologie, l'otologie et la rhinologie, etc. Du reste, notre bagage médical se composant surtout de choses vues, nous ne devons négliger aucune occasion pour l'accroître, même et surtout dans le domaine de la médecine ou de la chirurgie courante.

La Policlinique aura donné cette année le chiffre respectable de quarante mille consultations; aussi, grâce à cette fréquentation par les malades de toutes sortes, a-t-elle pu trouver les matériaux nécessaires à une publication scientifique d'abord bimensuelle, puis mensuelle, les *Annales de la Policlinique*, qui contiennent des mémoires originaux d'une certaine valeur comme les suivants : Gommes syphilitiques des amygdales ; Polypes muqueux des fosses nasales chez les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans, etc., de M. Marcel Natier. — Particularités anatomiques du frein de la lèvre supérieure. Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique chez l'enfant, de P. Marie. – Kystes des ganglions lymphatiques; l'urée en pathologie ; note sur l'indicanurie. — Instrumentation et manuel opératoire de l'intubation laryngée, etc., de M. H. Gillet. — Un nouveau phénomène entoptique ; note sur un changement jusqu'à présent inconnu que subit le cristallin, pendant l'accommodation; les sept images de l'œil humain, etc., de M. M. Tcherning. — L'axe fictif de rotation de la mâchoire inférieure, de M. L. Chabry. — Fistules congénitales du pavillon de l'oreille, de M. Vauthier. — De la dégénérescence de l'espèce humaine, sa définition, ses origines; note pour servir à l'histoire de l'hémichorée essentielle ; contribution à l'étude de la paralysie générale chez l'adolescent ; l'inversion sexuelle, de M. M. Legrain. — De l'urée du sang, à l'état pathologique et en particulier dans les affections cutanées; de la glycose du sang; de l'urée du sang dans l'éclampsie ; respiration placentaire à l'état normal et à la suite d'une hémorrhagie de la mère, de M. L. Butte. — Nouveaux instruments gynécologiques permettant de faire sans aides les pansements intra-utérins et le curettage, leçons sur le traitement des métrites, de M. Ad. Olivier.

On s'imagine les ressources que possède la Policlinique pour faire de l'enseignement pratique de la médecine. Cet enseignement comprendra cette année deux ordres d'exercices, les entretiens cliniques et les conférences.

Les entretiens cliniques, véritables leçons de choses, ont lieu au moment des consultations; les étudiants y sont exercés à l'examen et au traitement des malades. Un laboratoire permet les recherches chimiques et microscopiques.

Les conférences ont pour objet un sujet limité, traité en un certain nombre de séances. Voici du reste le programme pour le premier semestre de cette année 1895-96 :

Consultations.

Médecine. — *Maladies du cœur et des reins*, Dr Kortz, lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. – *Maladies du système nerveux* et *Maladies mentales et nerveuses*, Dr L. Legrain, vendredi, 4 h. 1/2 soir. — *Maladies des enfants*, Dr H. Gillet, mardi, jeudi, samedi, à 4 h. 1/2 du soir. — *Maladies de la peau et syphilis*, Dr Butte, lundi, mercredi, vendredi, 5 h. — *Electrothérapie*, Dr Peyrou, mardi, 9 h. du matin, mercredi, samedi, à 5 h. soir.

Chirurgie. — *Chirurgie générale et voies urinaires*, Dr A. Braine, lundi, mercredi, vendredi, 4 h. 1/2, vendredi, 9 h. du matin. Opérations. — *Chirurgie infantile et orthopédie*, Dr Sainton, mercredi, 4 h. — *Gynécologie, accouchements*, Dr A. Olivier mardi, jeudi, samedi, 3 h. — *Laryngologie, otologie, rhinologie*, Dr M. Natier, tous les jours, 5 h. du soir, dimanche, 9 h. du matin. — *Ophtalmologie*, Dr Sauvineau, lundi, mercredi, vendredi, 4 h.; Tcherning, mardi, samedi, 10 h. du matin, jeudi, 8 h. du soir. — *Maladies de la bouche et des dents*, Dr Moiroud, lundi, mercredi, vendredi, 5 h. du soir.

Conférences.

Dr Legrain. Les psychoses alcooliques. — Dr H. Gillet L'intubation laryngée dans le croup. Exercices opératoires. — Dr Butte. La thérapeutique de la syphilis. — Dr Braine. Rétrécissements uréthraux. — Dr Sainton. Les pieds bots. — Dr Kortz. Les cardiopathies arterielles. — Dr Sollier. Séméiologie des maladies nerveuses. — Dr Olivier. L'électricité en gynécologie. — Dr Tscherning. Notions de physique ophtalmologique ; démonstration (au laboratoire de la Sorbonne). Cours expérimental d'optique physiologique. — Dr Sauvineau. Maladies externes de l'œil, exercices ophtalmoscopiques. — Dr M. Natier. Maladies des fosses nasales ; exercices rhinoscopiques. — Dr Moiroud. Dentisterie opératoire. — Dr Peyron. L'électricité médicale.

Une affiche spéciale annoncera pour chaque cours la date d'ouverture précise.

Les étudiants en fin d'études pourront recueillir à la Policlinique des matériaux pour la confection de leur thèse inaugurale et faire des recherches au laboratoire dans le même but. L'installation encore modeste de cet établissement est cependant aujourd'hui suffisante.

De plus, depuis 1890, existe à la Policlinique de Paris une

École d'ambulancières et d'ambulanciers, fondée et administrée par M. Albin Rousselet, dont les cours, semblables à ceux des hôpitaux, sont professés chaque année par les médecins de l'établissement. Nous en publierons le programme ultérieurement (1).

HOPITAL INTERNATIONAL DE PARIS

(11, rue de la Santé.)
(Ancienne Clinique Française).

M. le Dr Aubeau, *Chirurgie générale et gynécologie opératoire* : mardi, jeudi, samedi, à 3 heures. Opérations le vendredi matin. — M. le Dr Bilhaut, *Chirurgie générale et orthopédie* ; lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures. Opérations, le mardi matin. — M. le Dr Paul Cornet, *Maladies de l'estomac, intestin, foie, tube digestif* : dimanche, mercredi, vendredi, à 10 heures, lundi matin : sondages, lavages gastriques. — M. le Dr Jocqs, *Maladies des yeux* : tous les jours de 1 h. à 3 h. (sauf le dimanche.) M. le Dr C. Astier, *Maladies du nez, de la gorge et des oreilles* : le mardi et le jeudi, de 4 à 5 heures 1/2, le dimanche matin, de 9 h. à 11 h. — M. le Dr de Pezzer, *Affections des organes génito-urinaires des deux sexes* : lundi, mercredi vendredi, à 4 h. 1/2. — M. le Dr E. Duloroy, *Accouchement et maladies des enfants* : mardi, jeudi, samedi, de 3 h. à 5 h. — M le Dr Fouquet, *Médecine générale* : tous les matins à 10 h. (dimanche excepté). — M. le Dr Vasticar, *Maladies de la peau* : lundi, mercredi, vendredi, de 3 h. à 5 h. — M. le Dr Bonnet, *Electricité médicale* : lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. — M. le Dr Ernest Leblond, *Maladies des femmes* : mardi, jeudi, samedi, à 4 h. — MM. Guérard et Haubriet, *Maladies de la bouche et des dents* : tous les jours de 3 h. à 5 h.

Laboratoire de chimie digestive (analyses médicales tous les jours). — Directeur du laboratoire : Dr Paul Cornet. — Préparateur : Dr Paul Berthelot.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE.

Gynécologie. — Le Dr Chéron, médecin de Saint-Lazare, et le Dr Batuaud, ancien interne de Saint-Lazare, continueront leurs leçons cliniques de gynécologie conservatrice, 9, rue de Savoie, le lundi à une heure. Examen des malades.

Maladies des Femmes. — M. le Dr Chéron, médecin de Saint-Lazare, recommencera ses leçons cliniques de gynécologie à sa Clinique, rue de Savoie, n° 9, le lundi 12 novembre, à 1 h. 1/2, et les continuera les lundis suivants, à la même heure. Les élèves sont exercés à l'examen des malades.

Gynécologie opératoire. — M. le Dr Ch. Fournel commencera le lundi 2 décembre 1893, à une heure, à sa clinique particulière, rue Sainte-Anne, 65, un cours gratuit, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Les élèves participent aux opérations. — S'inscrire à la Clinique.

Clinique Gynécologique. — M. le Dr Lorain, 4, rue Salomon-de-Caus. Les médecins et étudiants en médecine sont admis à la Clinique, le *jeudi matin*, de 9 heures à 11 heures, et exercés aux examens gynécologiques. S'inscrire à la Clinique, les mardi, jeudi, samedi, de 9 heures à 11 heures du matin.

Policlinique de Chirurgie des femmes. — M. le Dr Berrut, rue de Varenne, 28, du 1er novembre au 31 août. Le jeudi, à 9 h., leçon ouverte aux médecins et aux sages-femmes sur la présentation de leur carte, et aux élèves inscrits. On s'inscrit à 3 heures. A 10 h. consultation. La première leçon aura lieu le jeudi 5 novembre.

Cours d'Ophtalmologie. — M. le Dr Jocqs, ancien interne des hôpitaux, fera, à sa clinique de l'hopital International, 11, rue de la Santé, des conférences cliniques les lundi, mercredi et vendredi. Consultations tous les jours à 2 h. — Examen des malades. — Exercices ophtalmoscopiques.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr Duboys de Lavigerie, 76, rue St-Dominique. Leçons cliniques et théoriques les mardis et vendredis de chaque semaine, à 2 heures, sur les maladies des yeux et la chirurgie oculaire. — Ophtalmométrie, Réfraction et Ophtalmoscopie.

Ophtalmologie. Clinique des maladies des yeux. — M. le Dr Galezowski, 41, rue Dauphine. Consultations et opérations les lundis, mercredis et vendredis, de 1 à 3 heures. Examen ophtalmoscopique les jeudis De plus, à partir du mois de novembre, le Dr Galezowski fera des conférences publiques tous les lundis, entre 2 et 3 heures, sur le diagnostic différentiel des maladies des yeux et sur leur traitement. Les mardis, à 2 h, le Dr Kopff fera des conférences pratiques sur la réfraction et le choix des lunettes. Les samedis, à 3 heures, le Dr Remy fera des conférences sur la thérapeutique oculaire. Les samedis à 1 heure, M. Segall fera des démonstrations microscopiques.

Ophtalmologie. — M. le Dr Landolt fera ses opérations et ses conférences cliniques le mercredi et le samedi, de midi 1/2 à 2 h., à sa clinique, 27, rue Saint-André-des-Arts. — Un cours pratique de chirurgie oculaire aura lieu le samedi, à 2 heures. Il commencera le 14 novembre.

Maladies des yeux. — Clinique de M. le Dr Emile Berger, 45, rue de Rambuteau. Conférences cliniques sur les rapports de l'ophtalmologie avec la pathologie générale les mardi et jeudi de 1 heure à 2 heures, et le samedi de 8 à 9 heures du soir.

Ophtalmologie. — Clinique du Dr A. Darier, 9, rue Buffault, (51 *bis*, rue Lafayette). *Conférences cliniques* les mardi, jeudi, samedi, à 3 heures. — Exercices d'ophtalmoscopie et de réfraction. — Leçons particulières.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr F. Boé, rue des Grands-Augustins, 20. Enseignement privé. Cours de médecine opératoire, de réfraction d'ophtalmoscopie. MM. les étudiants qui préparent des concours ne sont pas admis. S'adresser à la clinique tous les jours de 1 heure à 3 heures.

Clinique ophtalmologique. — MM. les Drs de Wecker et Masselon, 55, rue du Cherche-Midi. — Cours cliniques par le Dr de Wecker, les lundi, mercredi et vendredi, de 4 à 5 h. — Cours particuliers d'ophtalmoscopie, de réfraction et de chirurgie oculaire, par le Dr Masselon, chef de clinique, et le Dr Borsch, tous les jours à 1 h. Les cours sont faits en français, allemand, anglais, italien et espagnol.

Maladies des oreilles, du nez et du larynx. — Clinique de M. le Dr Baratoux, rue Saint-André-des-Arts, 33. Conférences sur le diagnostic et le traitement des maladies du larynx, du nez et des oreilles. Exercices pratiques par les élèves, les mardis et samedis de 4 à 6 heures, à partir du 5 novembre.

Maladies des oreilles et du nez. — M. le Dr C. Miot, 41, rue Saint-André-des-Arts. Entretiens cliniques les lundis et jeudis, à midi. — Consultations les lundis et jeudis.

Laryngologie, Otologie. — M. le Dr Madeuf, bi-licencié ès sciences, a créé depuis 1890 une clinique exclusivement pour l'enseignement pratique. Les élèves font eux-mêmes les *opérations* et les pansements du nez, du larynx, de la gorge et des oreilles. 10, rue Fontaine-au-Roi. Avril et Mai. Lundi, vendredi, de 4 à 6 heures.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles. — M. le Dr Castex, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, reprendra son cours public et gratuit sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, à sa Clinique, 21, rue Guénégaud, le mardi 12 novembre, à 3 heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. — *Examen des malades et opérations* les mêmes jours, à partir de 3 h. 1/2. On s'inscrit pour les exercices pratiques 21, rue Guénégaud, les mardis, jeudis, samedis, de 3 à 5 heures.

Otologie. — M. le Dr Gellé. — Le samedi, à 9 h., à la Salpêtrière, service de M. le Pr Raymond.

Laryngoscopie et rhinoscopie. — Ancienne clinique du Docteur Fauvel. Clinique du Dr Blanc. — Les lundis et jeudis, à 10 h. — Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée. M. le Dr Blanc, est à la disposition des assistants pour leur apprendre le maniement des instruments laryngoscopiques et rhinoscopiques.

Technique microscopique (Manipulations pratiques). — Ce cours particulier a lieu d'une façon permanente, tous les jours, de 4 à 6 heures, et de 8 à 10 heures, dans le laboratoire du Dr Latteux, 5, rue du Pont-de-Lodi. Essentiellement pratique, il est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les manipulations micrographiques et de leur permettre de faire les analyses qu'exigent journellement la pratique médicale ou les besoins des examens à la Faculté. Pour cela, ils sont exercés *individuellement* et répètent *eux-mêmes* toutes les expériences. Le cours comprend l'étude des tissus sains et des principaux tissus pathologiques, ainsi que les manipulations de technique proprement dite (montage des préparations, dissections fines, injections histologiques, coupes fines, recherches des bacilles, etc.). Chaque élève prépare une collection de pièces microscopiques, qui lui servent de types et qu'il emporte comme preuve de son travail, le cours terminé. Le cours comprend trente leçons. Les microscopes et les instruments nécessaires sont à leur disposition.

(1) Deux autres écoles similaires et dues à la même initiative fonctionnent à l'hôpital international, 11, rue de la Santé et à l'École dentaire de la rue Rochechouart.

Technique bactériologique expérimentale. — Ce cours, essentiellement pratique, comme le précédent, a lieu tous les jours de 2 à 4 heures et comprend toutes les manipulations exigées pour les analyses et la recherche des microbes (fabrication des milieux de culture, isolement des microbes, leur culture selon chaque espèce, expériences d'inoculation ; méthodes diverses de coloration et de conservation et étude des principaux microbes).

La durée du cours est de 20 leçons. On s'inscrit chez M. le Dr LATTEUX, 9, rue Marsollier, près l'avenue de l'Opéra, de 1 heure à 2 heures. Leçons particulières. — NOTA. — De nouveaux cours commenceront le 20 novembre.

Cours de Chimie digestive. — M. le Dr Paul CORNET commencera le mardi 17 novembre, à sa *Clinique*, rue de la Santé, pour continuer les lundis suivants à la même heure, une série de démonstrations sur l'*exploration interne de l'estomac*, et sur les applications contributives de la chimie biologique à l'étude normale et pathologique de la *fonction digestive*.

Electricité médicale. — Le Dr L.-R. RÉGNIER commencera son cours le samedi, 14 novembre, à 3 heures, à la Pitié, service de M. le Dr A. ROBIN. — *Objet du cours* : Sources de l'électricité médicale. — Technique générale. — Applications au diagnostic et au traitement des affections des muscles et des nerfs des maladies de la nutrition.

Auscultation et tuberculose. — Clinique du docteur G. ARTHAUD, 5, rue Mazarine, le dimanche de 9 heures à 11 heures. — Cours clinique sur l'auscultation du poumon.

Maladies nerveuses et psychiatrie. Hypnotisme. — M. le Dr BÉRILLON, médecin inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés, reprendra, le jeudi 19 novembre, à 10 h. 1/2, à sa clinique, 49, rue Saint-André-des-Arts, son cours sur les applications de l'hypnotisme à la neuropathologie et la psychiatrie. Il le continuera les jeudis suivants, à 10 h. 1/2. Les élèves régulièrement inscrits seront exercés à la pratique de la psychothérapie.

Enseignement de l'hypnotisme et de la psychologie physiologique. — L'Institut psycho-physiologique de Paris, 49, rue Saint-André-des-Arts, fondé en 1891 pour l'étude des applications cliniques, médico-légales et psychologiques de l'hypnotisme, et placé sous le patronage de savants et des professeurs autorisés, est destiné à fournir aux médecins et aux étudiants un enseignement pratique permanent sur les questions qui relèvent de l'hypnotisme et de la psychologie physiologique. — Une clinique de maladies nerveuses (dispensaire neurologique et pédagogique), est annexée à l'Institut psychologique. Des consultations gratuites ont lieu les mardis, jeudis et samedis, de 10 h. à midi. Les médecins et étudiants régulièrement inscrits sont admis à y assister et sont exercés à la pratique de psychothérapie. M. le Dr Bérillon, inspecteur-adjoint des asiles publics d'aliénés, y complète son cours à l'Ecole pratique par des leçons sur les applications cliniques et pédagogique de l'hypnotisme. — Pendant le semestre d'hiver 1895-1896, des cours et des conférences sont faits tous les jeudis, à 5 heures, par MM. les Drs Bérillon, Max Nordau, Collineau, Armand Paulier, Valentin et Henri Lemesle, sur les diverses branches de la psychologie physiologique et pathologique. L'organisation actuelle de l'Institut psycho-physiologique et l'enseignement qui y est donné en font comme une véritable Ecole pratique de psychologie expérimentale et de psychothérapie. Un musée psychologique contient un nombre considérable de documents relatifs à l'histoire de l'hypnotisme et de la psychologie. La bibliothèque est mise à la disposition des étudiants inscrits.

Cours clinique d'hydrothérapie. — M. le Dr VERRIER, directeur de l'Institut hydrothérapique de Passy, commencera son cours d'hydrothérapie, appliquée aux maladies chroniques et nerveuses, le jeudi 19 novembre 1895, à 2 heures, à l'Ecole française d'orthopédie et de massage, 11, rue Cujas. Il le continuera les jeudis suivants, à la même heure. MM. les élèves seront exercés aux différentes formes de douches, 15, rue Méchain (derrière l'hôpital Cochin), de 9 h. à 10 h. du matin. On s'inscrit, 11, rue Cujas, les mardis, jeudis et samedis, de 2 à 4 heures. — N. B. Les leçons théoriques sont gratuites. — Les leçons pratiques sont réservées aux dames qui aspirent aux fonctions de doucheuses et de masseuses.

Voies urinaires. — M. le Dr GUÉPIN, ex-interne des hôpitaux de Paris et ancien élève du Dr Reliquet, le jeudi, à 8 h. 1/2 du soir, à l'Association des Etudiants, série de conférences pratiques sur la Chirurgie journalière des voies urinaires.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr H. PICARD a commencé le mardi 15 octobre, à 3 h. 1/2, 16, rue Dauphine, un cours public et gratuit sur les maladies des voies urinaires ; il le continue les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Ecole d'Orthopédie et de massage. — M. le Dr ARCHAMBAUD reprendra ses cours à l'Ecole française d'orthopédie et massage, le mercredi 11 novembre prochain, à six heures du soir, et les continuera le mercredi de chaque semaine à la même heure. Se faire inscrire les lundi, mercredi et vendredi de 4 heures à 6 heures à l'Ecole, rue Cujas, 21. Les docteurs en médecine français sont admis gratuitement à ces cours ainsi qu'aux démonstrations pratiques qui ont lieu aux heures de consultation.

Préparation au 4e doctorat. — M. le Dr Paul CORNET fait à sa *Clinique*, 11, rue de la Santé, un cours de *thérapeutique* et *matière médicale* spécial au 4e doctorat. Objet du cours : art de formuler, propriétés, posologie et pharmacologie des médicaments. Collection de matière médicale. Interrogations. — Le cours a lieu trois fois par semaine, par séries de 24 leçons. Le nombre des élèves est limité. On s'inscrit tous les jours, au Secrétariat de la Polyclinique, 11, rue de la Santé.

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE.

École d'application du Service de santé militaire.

Année 1896-1897.

Directeur : M. le médecin inspecteur MATHIEU.

MÉDECINS STAGIAIRES.

Cliniques.

Clinique médicale : MM les Professeurs chefs des services médicaux, 1 fois par semaine. — *Clinique chirurgicale* : MM. les Professeurs chefs des services chirurgicaux, une fois par semaine. — *Clinique ophtalmologique* : M. MIGNON, 1 fois par semaine. — *Cliniques des maladies vénériennes et cutanées* : MM. FERRATON et CAHIER, professeurs agrégés.

Cours.

Epidémiologie : M. VAILLARD, professeur. — *Anatomie chirurgicale et Médecine opératoire* : M. ROBERT, professeur. — *Hygiène* : M. RICHARD, professeur. — *Médecine légale et législation militaire* : M. DU CAZAL, professeur. — *Optométrie, Ophtalmoscopie* : M. MIGNON, professeur. — *Chirurgie d'armée* : M. DELORME, professeur. — *Chimie appliquée aux expertises dans l'armée et toxicologie* : M. BURCKER, professeur.

Conférences et exercices pratiques.

Conférences d'hygiène : M. MANQUAT, professeur agrégé. — *Petite chirurgie, bandages et appareils, conférences de blessures de guerre, manœuvres d'ambulance, exercices de diagnostic chirurgical* : M. FERRATON, prof. agrégé. — *Conférences d'épidémiologie* : M. LEMOINE, professeur agrégé. — *Travaux anatomiques* : M. CAHIER, professeur agrégé — *Exercices de médecine opératoire exercices d'ophtalmoscopie* : M. MIGNON, professeur agrégé. — *Conférences de médecine légale, autopsie, législation, administration militaire* : M. CATRIN, professeur agrégé. — *Exercices de diagnostic médical* : MM. MANQUAT et CATRIN, professeurs agrégés. — *Anatomie pathologique et microbie* : M. VAILLARD, professeur agrégé. — *Manipulations chimiques* : M. GEORGES, professeur agrégé.

PHARMACIENS STAGIAIRES.

Cours et conférences.

Chimie appliquée aux expertises dans l'armée et toxicologie. M. BURCKER, professeur. — *Pharmacie militaire et comptabilité* : M. GEORGES, professeur agrégé. — *Hygiène* : M. RICHARD, professeur, — *Médecine légale, législation, administration et services de santé militaires* : M. DU CAZAL, professeur. — *Analyses chimiques et matière médicale* : M. GEORGES, professeur agrégé. — *Bactériologie* : M. VAILLARD, professeur. — *Exercices et travaux pratiques* : MM. BURCKER, professeur et GEORGES, professeur agrégé.

COLLÈGE DE FRANCE.

Cours d'Anatomie générale. — M. RANVIER, professeur, fera son cours les mercredis et vendredis, à 2 h. 1/2 (salle n° 2). Il traitera de la structure de la peau et du mécanisme histologique de la cicatrisation. Des démonstrations pratiques seront faites par le professeur, aidé de M. SUCHARD, préparateur.

Laboratoire d'Histologie (dépendant de l'Ecole pratique des hautes études). — M. RANVIER, directeur ; M. MALASSEZ, directeur-adjoint ; MM. DARIER et JOLLY, répétiteurs. Ce laboratoire est surtout destiné aux personnes qui veulent faire des recherches originales, soit en histologie normale, soit en histologie pathologique. Il est fait de plus, par M. Suchard ou par MM. les répétiteurs, un cours particulier de technique histologique dont la durée est de deux mois. On s'inscrit au laboratoire chaque jour de la semaine, de 2 à 4 heures.

Cours de Médecine expérimentale. — M. d'ARSONVAL, professeur, fera son cours sur les applications médicales de l'électricité, les mercredis et vendredis à 5 heures, à partir du premier mercredi de décembre.

Laboratoire de Physique biologique. — M. d'Arsonval, directeur. Ce laboratoire n'est pas public.

Cours d'Histoire naturelle des corps organisés. — M. Marey, professeur. M. François Franck, suppléant, traitera de l'action des poisons végétaux et organiques sur l'innervation de l'appareil circulatoire. Mercredi et vendredi, à 3 h. 1/2 (salle n° 7).

Laboratoire de Physiologie pathologique (Ecole pratique des hautes études). — M. François Franck, directeur. Ce laboratoire est un laboratoire de recherches.

Cours d'Embryogénie comparée. — M. Balbiani, professeur, sera probablement remplacé cet hiver par M. Henneguy (salle n° 5), qui traiterait de la reproduction, du développement et des métamorphoses des insectes, les mercredis et samedis, à 2 heures.

Cours de Chimie organique. — M. Berthelot, professeur, traitera de l'analyse des gaz, les lundis et vendredis, à 10 h. 1/2 (salle n° 1).

Cours de Chimie minérale. — M. Schützenberger, professeur, traitera de l'analyse chimique, les mercredis et samedis, à 10 h. 1/2 (salle n° 1).

Les laboratoires de MM. Berthelot et Schützenberger sont uniquement des laboratoires de recherches.

Les cours du Collège de France ne commencent que dans les premiers jours de décembre; nous compléterons, en temps voulu, s'il y a lieu, les indications sus-énoncées.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS.

Cours du premier Semestre.

Les cours s'ouvriront à la Sorbonne, le lundi 9 novembre 1896.

Géométrie supérieure : Les mercredis et vendredis, à 10 h. 3/4. M. G. Darboux, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 11 novembre. Il traitera de la théorie des systèmes triples de surfaces orthogonales. — *Calcul différentiel et Calcul intégral* : Les mardis et samedis, à 8 h. 1/2. M. Picard, professeur, ouvrira la première partie de ce cours le mardi 10 novembre. Il traitera de la théorie des fonctions algébriques de deux variables indépendantes et de ses applications à diverses questions de calcul intégral. — *Mécanique rationnelle* : Les mercredis et vendredis, à 8 h. 1/2. M. Appell, professeur, ouvrira la première partie de ce cours le mercredi 11 nov. Il traitera des lois générales de l'équilibre et du mouvement. — *Astronomie mathématique et mécanique céleste* : Les lundis, à 8 heures 1/2. M. N..., professeur. L'ouverture du cours sera ultérieurement annoncée. — *Calcul des probabilités et Physique mathématique* : Les lundis et jeudis, à 10 h. 1/2. M. H. Poincaré, professeur, ouvrira ce cours le lundi 9 novembre. Il traitera de l'électrodynamique. — *Mécanique physique et expérimentale* : Les mardis et samedis, à 8 h. 3/4. M. Boussinesq, professeur, ouvrira la première partie de ce cours le mardi 10 novembre. Il étudiera le frottement intérieur des fluides, avec application, d'une part, aux phenomènes d'écoulement bien continus (mouvements dans les tubes fins, filtration, transpiration, diffusion), d'autre part, à l'extinction graduelle des ondes soit sonores, soit liquides. — *Physique* : Les mardis et samedis, à 1 h. 1/2. M. Bouty, professeur, ouvrira ce cours le mardi 10 novembre. Il traitera de l'électricité (électro-chimie non comprise). Des manipulations et des conférences, qui sont dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre. — *Chimie générale* : Les lundis et jeudis, à 1 h. M. Troost, professeur, ouvrira ce cours le lundi 9 novembre. Il exposera les lois générales de la chimie et les principes de la thermochimie; il fera l'histoire des métalloïdes et de leurs principales combinaisons. Des manipulations, qui seront dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre. — *Chimie minérale* : Les mercredis et vendredis, à 2 h. M. Ditte, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 11 novembre. Il traitera des métaux et de leurs combinaisons principales. — *Chimie biologique* : Ce cours aura lieu à l'Institut Pasteur, rue Dutot, n° 25. Les mardis et jeudis, à 2 h. 1/2. M. Duclaux, professeur, ouvrira ce cours le mardi 10 novembre. Il étudiera la biologie générale des microbes. — *Zoologie, Anatomie, Physiologie comparée* : Les mardis, à 3 h. 1/2, et les jeudis, à 5 heures. — M. Y. Delage, professeur, ouvrira ce cours le mardi 10 novembre. Il traitera, les mardis, des vermoïdes et provertébrés, et, les jeudis, des mollusques et articulés. Les travaux pratiques et manipulations auront lieu les jeudis, de midi et demi à quatre heures et demie, dans le laboratoire, sur les sujets relatifs aux examens de licence. — *Evolution des êtres organisés* (fondation de la Ville de Paris); ce cours aura lieu rue de l'Estrapade, n° 18. Les mercredis, à 2 h. et samedis à 11 h. M. Giard, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 11 novembre. Il traitera de l'évolution des couleurs dans la nature et de leur signification biologique. Le samedi, à 11 h., le professeur exposera les principes généraux de la taxonomie et en fera l'application à la phylogénie des métazoaires. — *Botanique* : Ce cours aura lieu à l'amphithéâtre de Physique : Les mercredis et vendredis, à 3 h. 1/2. M. Bonnier, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 11 novembre. Il traitera des familles de phanérogames. Les travaux pratiques et manipulations auront lieu les mercredis, de huit heures et demie à onze heures et demie, dans le laboratoire.

Cours Annexes.

Géographie physique : Les vendredis, à 2 heures. M. Ch. Vélain, maître de conférences, chargé du cours, ouvrira ce cours le vendredi 22 novembre. Il traitera de la genèse des formes géographiques, puis il étudiera spécialement l'Amérique et les Terres polaires. — *Astronomie mathématique et mécanique céleste* : Les jeudis, à 8 h. 1/2. M. Andoyer, maître de conférences, chargé du cours, ouvrira ce cours le jeudi 12 novembre. Il traitera du Mouvement de translation des planètes d'après la méthode de la variation des constantes arbitraires. — *Physique générale* : Les jeudis, à 4 heures. M. Pellat, professeur adjoint, chargé du cours, ouvrira ce cours le jeudi 12 novembre. Il traitera de la thermodynamique — *Chimie analytique* : Les lundis, à 3 h. M. Riban, maître de conférences, chargé du cours, ouvrira ce cours le lundi 9 novembre. Il terminera l'étude du dosage et de la séparation des métaux et traitera des applications de l'Electrolyse à l'analyse chimique. — *Cinématique* : Les mercredis, à 1 h. 1/2. M. G. Kœnigs, professeur adjoint, chargé du cours, ouvrira ce cours le mercredi 11 novembre. Il traitera de la Cinematique du corps solide — Mécanismes. — *Calcul différentiel et calcul intégral.* Les mardis et vendredis, à 3 heures. M. Painlevé, professeur adjoint, chargé du cours, ouvrira ce cours, le mardi 10 novembre. Il traitera des opérations du Calcul différentiel et intégral au point de vue réel, et de leurs applications géométriques. — *Chimie physique* : Les mercredis et samedis, à 9 heures, M. Robin, chargé du cours, ouvrira ce cours le samedi 14 novembre. Le mercredi, il exposera les lois de la Dynamique générale fondée sur les principes de la Thermodynamique, et diverses questions de Dynamique chimique. Le samedi, il professera l'Electro-Chimie. — *Eléments d'analyse et de mécanique* : Les mardis, jeudis et samedis, à 3 heures. M. Raffy, maître de conférences, chargé du cours, ouvrira ce cours le mardi 10 novembre. Il exposera les principales théories mathématiques dont la connaissance est nécessaire pour l'étude de la Physique (notions de géométrie analytique, dérivées et intégrales, équations différentielles, lois générales de l'équilibre, mouvements des points et des systèmes).

Conférences.

Les Conférences annuelles commenceront le lundi 16 novembre. Les étudiants n'y sont admis qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

Sciences mathématiques : M. Raffy, maître de conférences, fera des conférences sur le calcul différentiel et le calcul intégral, les les lundis, à 3 heures et (à partir du 1er janvier) les vendredis à 1 h. 1/2. — M. P. Puiseux, maître de conférences, fera des conférences sur la mécanique, les mercredis, à 3 h., et les samedis, à 1 h. 1/2. — M. Painlevé, professeur adjoint, fera une conférence aux candidats à l'agrégation des sciences mathématiques, les jeudis à 3 h. — M. Andoyer, maître de conférences, fera des conférences aux candidats à l'agrégation des sciences mathématiques, les lundis, à 1. h 1/2 et les jeudis, à 10 h. 1/2. — M. Blutel, maître de conférences, fera une conférence aux candidats à l'agrégation des sciences mathématiques, les jeudis, à 1 h. 1/2.

Sciences physiques : M. Leduc, maître de conférences, fera, les mercredis et vendredis, à 4 heures, des interrogations aux candidats au certificat de physique générale, sur les matières du cours de physique. Il traitera en outre les questions indiquées par le professeur. Il fera, les jeudis, à 10 h. 1/4, une leçon aux candidats à l'agrégation sur les questions indiquées au programme de ce concours. Les manipulations auront lieu, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, de 9 h. à 11 heures. — M. Pellat, professeur-adjoint, fera une conférence de physique, les lundis, à 4 h. Les conférences d'agrégation auront lieu les jeudis et les vendredis, à 8 h. 1/2 — M. Joly, professeur-adjoint, exposera les principes de la notation atomique ; il étudiera ensuite quelques questions de chimie générale et les métaux (1re partie du cours), les mardis et samedis, à 10 h. 1/2. Les conférences d'agrégation auront lieu les lundis et jeudis, à 5 h. — M. A. Combes, maître de conférences, fera, les mardis et les samedis, à 4 h. 1/2, des conférences de chimie organique. Il fera l'étude particulière des combinaisons aromatiques, hydroaromatique et polyméthyléniques. — M. Riban, maître de conférences, fera une conférence d'analyse qualitative, les vendredis, à 11 heures. Le laboratoire est ouvert tous les jours de 9 heures à midi et de 1 heure à 5 heures pour les élèves qui désirent se livrer à des travaux de chimie générale ou de chimie analytique ou à des recherches personnelles sur les diverses parties de la chimie. Manipulations pour le certificat de chimie générale, les lundis, mer-

credis, jeudis et vendredis, à 9 h. Manipulations les vendredis, de 1 heure à 5 heures, pour les candidats à l'agrégation; les jeudis, de 1 heure à 5 heures, pour les professeurs de collèges. — M Jannettaz, maître de conférences, fera des conférences sur la minéralogie, les mardis et samedis, à 8 h. 1/2.

Sciences naturelles : M. J. Chatin, professeur adjoint, fera, les lundis et samedis à 3 h. 1/2, des leçons sur les organes et fonctions de relation considérés dans les différents embranchements de la série animale. — M. Boutan, maître de conférences, fera, les vendredis, à 10 heures, et les samedis, à 7 h. 1/2 du soir, des conférences de zoologie. — M. Molliard, dirigera les samedis, à 5 h., des exercices de botanique préparatoires à l'agrégation des sciences naturelles. — M. Matruchot, maître de conférences, fera, les jeudis et vendredis, à 8 h. 3/4, des conférences de botanique. Il traitera de l'anatomie végétale. — M. Vélain, maître de conférences, fera, les lundis et mercredis, à 9 h., des conférences sur les caractères des roches et des fossiles et sur divers points de géologie. — Les travaux pratiques auront lieu les mardis et jeudis de 9 h. à 11 h. 1/2, les samedis. de 1 h. 1/2 à 3 h. — M. Bertrand, maître de conférences, fera, les vendredis, à 9 heures, des conférences de pétrographie aux candidats à l'agrégation des sciences naturelles.

Enseignement préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, rue Rataud, n° 1.

Physique : 1re *section* : M. P. Janet, professeur à la Faculté, chargé du cours, ouvrira ce cours le mercredi 11 novembre. Il traitera les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. : Principes de mécanique, chaleur, électricité, magnétisme, électro-magnétisme. 2e *section* : M. Lucien Poincaré, chargé du cours, ouvrira ce cours le mardi 10 novembre. Il traitera les mardis, jeudis, samedis, à 9 heures : Principes de mécanique, chaleur, électricité, magnétisme, électro-magnétisme. M. Krouchkoll, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de physique les lundis, mardis, vendredis et samedis, de 1 heure 1/2 à 4 heures 1/2. — *Chimie* : 1re *section*. M. Joannis, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux, chargé du cours, ouvrira ce cours le mardi, 10 novembre. Il traitera les mardis, jeudis et samedis, à 9 heures : métalloïdes, métaux, chimie analytique. 2e *section* : M. Péchard, chargé du cours, ouvrira ce cours le lundi 9 novembre. Il traitera les lundis, mercredis, vendredis, à 9 heures : Métalloïdes, métaux, chimie analytique. M. Etaix, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de chimie les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2. — *Zoologie* : M. R. Perrier, maître de conférences, ouvrira ce cours le mardi 10 novembre. Il traitera de la zoologie générale. 1re *section* : les mercredis à 10 h. 1/2. 2e *section* : les jeudis à 10 h. 1/2. M. Fischer, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de zoologie les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2. — *Botanique* : M. Daguillon, maître de conférences, chargé du cours, ouvrira ce cours le mardi 12 novembre. Il traitera des plantes cryptogames, puis de l'anatomie et de la physiologie générales. 1re *section* : les lundis et vendredis, à 10 h. 1/2. 2e *section* : les mardis et samedis à 10 h. 1/2. M. Chauveaud, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de botanique les mercredis, jeudis, vendredis et samedis de 1 1/2 à 4 h. 1/2.

Enseignement pratique de chimie appliquée, rue Michelet, n° 3. Directeur : M. le Pr Friedel.

Les exercices de laboratoire auront lieu de 9 heures du matin à 5 heures tous les jours, à partir du 9 novembre. L'enseignement pratique de première année est coordonné aux cours et conférences de chimie de la Faculté et comprend les préparations et les analyses de la chimie minérale. M. Chabrié, chef des travaux pratiques, réunira les élèves les lundis et jeudis, le matin, à 9 heures, et leur donnera les indications nécessaires pour l'exécution de leur travail.

Certificats d'études supérieures.

La Faculté délivrera aux sessions de juillet et de novembre 1897 les certificats d'études supérieures suivants : *Calcul différentiel et calcul intégral. Mécanique rationnelle. Astronomie. Analyse supérieure. Géométrie supérieure. Mécanique céleste. Physique mathématique. Mécanique physique et expérimentale. Physique générale. Chimie générale. Minéralogie. Chimie biologique. Zoologie. Botanique. Géologie. Physiologie générale.*

Jours et heures des cours, conférences et travaux pratiques.

Lundis : MM. N... (Petit Amphithéâtre), 8 h. 1/2; Vélain Amph. de Géologie), 9 h.; Leduc (Laboratoire de Physique), 9 h.; Riban (Laboratoire de Chimie), 9 h.; H. Poincaré (Petit Amph.), 10 h. 1/2; Troost (Amph. de Chimie), 1 h.; Andoyer (Agr., Salle V), 1 h. 1/2; Chatin (Amph. d'Hist. naturelle), 3 h. 1/2; Pellat (Salle des Conf. de Physique), 4 h.; Joly (Agrégation, Laboratoire), 5 h.; Janet, (r. Rataud, 1), 9 h.; Krouchkoll (r. Rataud, 1), 1 h. 1/2; Péchard (r. Rataud, 1), 9 h.; Daguillon (rue Rataud, 1), 10 h. 1/2; Fischer (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2; Chabrié (rue Michelet, 3), 9 h.; Raffy (Salle V.), 3 h.; Riban (S. des Conf. du Laboratoire), 3 h.

Mardis : MM. Jannettaz (Laboratoire de Minéralogie), 8 heures 1/2; Boussinesq (Amph. d'Hist. nat.), 8 h. 3/4; Vélain (Laboratoire), 9 h.; Joly (Amph. de Chimie), 10 h. 1/2; Bouty (Amph. de Phys.), 1 h. 1/2; Duclaux (Institut Pasteur), 2 h. 1/2; Combes (Petit Amph.), 4 h. 1/2; Joannis (r. Rataud, 1), 9 h.; Krouchkoll (r. Rataud, 1), 1 h. 1/2; Delage (Amphithéâtre d'Histoire. nat.), 3 h. 1/2; Fischer (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2; Etaix (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2; L. Poincaré (rue Rataud, 1), 9 h.; Picard (Petit Amph.), 10 h. 1/2; Daguillon (rue Rataud, 1), 10 h. 1/2; Painlevé (Salle V), 3 h.

Mercredis : MM. Appell (Amphithéâtre d'Histoire naturelle, 8 h. 1/2; Vélain (Amph. de Géologie), 9 heures; Leduc (Labor. de Physique), 9 h.; Riban (Lab. de Chimie), 9 h.; Darboux (Petit Amph.), 10 h. 3/4; Kœnigs (amphithéâtre d'Histoire naturelle), 1 h. 1/2; Ditte (Amph. de Chimie), 2 heures; Giard (rue de l'Estrapade, 18), 2 heures; Puiseux (Salle V), 3 h.; Bonnier (amph. de Physique), 3 h. 1/2; Leduc (Salle des Conf. de Phys.), 4 h.; Janet (rue Rataud, 1), 9 h.; Chauveaud (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2; Etaix (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2; Péchard (rue Rataud, 1), 9 h.; Robin (Petit Amph.), 9 h.; Perrier (rue Rataud, 1), 10 h. 1/2; Fischer (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2; Bonnier (Laboratoire), 8 h. 1/2.

Jeudis : MM. Pellat (Agr. Salle des Conf. de Phys.), 8 h. 1/2; Leduc (Labor. de Phys.), 9 heures; Riban (Lab. de Chimie), 9 heures; Vélain (Laboratoire), 9 h.; L. Poincaré (rue Rataud, 1), 9 h.; Painlevé (Agr., Salle V), 3 heures; Troost (Amph. de Chimie, 1 h.; Andoyer (Amph. d'Hist. nat.), 8 h. 1/2; Leduc (Agr., Salle des Conf. Phys.), 10 heures 1/4; Duclaux (Institut Pasteur), 2 h. 1/2; Pellat (Amph. de Physique), 4 h.; Delage (Amph. d'Hist. nat.), 5 h.; Joly (Agrég., Laborat.), 5 h.; Joannis (rue Rataud, 1), 9 h.; Chauveaud (r. Rataud, 1), 1 h. 1/2; Matruchot (Petit Amph.), 8 h. trois quarts; Delage (Labor.), 12 h. 1/2; H. Poincaré (Petit Amph.), 10 h. 1/2; Perrier (rue Rataud 1), 10 h. 1/2; Riban (Prof. Lab. de Chimie), 1 h.; Andoyer (Agr., Salle V), 10 h. 1/2; Fischer, (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2; Chabrié (rue Michelet, 3), 9 h.; Raffy (Salle des Conf. de Phys.), 3 h.; Blutel (Agr. Salle V.), 1 h 1/2.

Vendredis : MM. Pellat (Agr. Salle des Conf. de Phys.), 8 h. 1/2; Appell (Amph. d'Hist. natur.), 8 h. 1/2; Leduc (Lab. de Phys.), 9 h.; Riban (Lic. Lab. de Chimie), 9 h.; Boutan (Salle V.), 10 h.; Darboux (Petit Amphithéâtre), 10 h. 3/4; Riban (Salle des conf. du Labor.), 11 h.; Vélain (Amph. d Hist. nat.), 2 h.; Ditte (Amph. de Chimie), 2 h.; Painlevé (Salle V), 3 h.; Bonnier (Amph. de Phys.), 3 h. 1/2; Leduc (Salle des Conf. de Phys.), 4 h.; Raffy (Salle V.), 1 h. 1/2; Janet (rue Rataud, 1), 9 h.; Krouchkoll (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2; Matruchot (Petit Amph.), 8 h. 3/4; Chauveaud (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2; Bertrand (Labor. de Géologie, 9 heures; Péchard (rue Rataud, 1), 9 h.; Daguillon, rue Rataud, 1), 10 h. 1/2; Riban (Agr. Laboratoire), 1 h.; Etaix (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2.

Samedis : MM. Giard (rue de l'Estrapade, 18), 11 h.; Jannettaz (Laboratoire de minéralogie), 8 h. 1/2; Boussinesq (Amph. d'Hist. nat.), 8 h. 3/4; Vélain (Géog. phys. Amph. de Géol.), 10 h.; Joly (Amph. de Chimie), 10 h. 1/2; Bouty (Amph. de Phys.), 1 h. 1/2; Vélain (Laboratoire), 1 h. 1/2.; Puiseux (Salle V), 1 heure 1/2.; Chatin (Amphithéâtre d'Histoire naturelle), 3 h. 1/2; Combes (Petit Amph.), 4 h. 1/2; Joannis (rue Rataud, 1), 9 h.; Krouchkoll (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2; Etaix (r. Rataud, 1), 1 h. 1/2; Chauveaud (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2; Robin (Petit Amph.), 9 h.; L. Poincaré (rue Rataud, 1), 9 h.; Picard (Petit Amph.), 10 h. 1/2; Daguillon (rue Rataud, 1), 10 h. 1/2; Raffy (Salle des Conf. de Phys.), 3 heures; Molliard (Amph. d'Hist. nat.), 5 h.; Boutan (Amph. d'Hist. nat.), 7 h. 1/2.

Seront professés pendant le second semestre.

Les cours d'algèbre supérieure, par M. Hermitte (fonctions elliptiques); — de calcul intégral, par M. Picard; — de mécanique rationnelle, par M. Appell; — d'astronomie physique, par M. Wolf (programme du certificat d'astronomie); — de physique mathématique, par M. H. Poincaré (Thermodinamique); — de mécanique physique et expérimentale, par M. Boussinesq, (écoulements tumultueux et tourbillonnants auxquels donnent lieu les lits à grande section, régimes tant uniformes que graduellement variés des cours d'eau); — de physique, par M. Lippmann (optique); — de chimie organique, par M. Friedel les composés de la série grasse; — de minéralogie, par M. Hautefeuille (cristallographie; principales espèces minérales); — de zoologie, anatomie, physiologie comparée, par M. De Lacase-Duthiers (Organes et fonctions de nutrition); — de physiologie, par M. Dastre (fonctions de nutrition); — de géologie, par M. Munier-Chalmas (Terrains tertiaires au point de vue paléontologique, stratigraphique et pétrographique); — de calcul différentiel et de calcul intégral, par M. Painlevé; (Théorie des fonctions analytiques); — de physique générale, par M. Pellat (Capillarité, électrochimie, électrocapillarité, mesures [illegible]

— de chimie physique, par M. ROBIN, (2e partie du cours); — de chimie analytique, par M. RIBAN, (dosage et séparation des métaux); — d'histologie, par M. J. CHATIN, (principes généraux de la technique; principaux tissus considérés au point de vue de l'histologie zoologique); — de physique, (certificat d'études P. C. N.), par MM. P. JANET et L. POINCARÉ (acoustique, optique et météorologie); — de chimie (certificat d'études P. C. N.); par MM. JOANNIS et PÉCHARD (chimie organique); — de zoologie (certificat d'études P. C. N.), par M. R. PERRIER (Classification); — de botanique (certificat d'études P. C. N.), par M. DAGUILLON (anatomie, physiologie et phanérogames).

Le registre des inscriptions prescrites pour les certificats d'études supérieures et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles sera ouvert, au secrétariat de la Faculté, les quinze premiers jours des mois de novembre, janvier, avril et juillet.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE.

Programme des Cours pour l'année classique 1896-1897.

Cours de Botanique (Organographie et physiologie végétales). — M. Ph. VAN TIEGHEM, professeur. — Le professeur traitera des éléments de la botanique générale (morphologie et physiologie). Ce cours aura lieu, pendant le semestre d'hiver, les Mardis, Jeudis et Samedis, à huit heures et demie, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Minéralogie.

Cours d'Anatomie comparée. — M. H. FILHOL, professeur. — Le professeur s'occupera de l'organisation des animaux invertébrés. Les leçons auront lieu, pendant le semestre d'hiver, les Lundis, Mercredis et Vendredis, à deux heures, dans l'Amphithéâtre d'anatomie comparée.

Cours de Zoologie : Reptiles, batraciens et poissons.— M. Léon VAILLANT, professeur. — Le professeur traitera de l'organisation de la physiologie et de la classification des Poissons, spécialement des Téléostéens (Perches, Cyprins) en s'attachant à faire connaître les applications à l'économie domestique, à l'industrie, à l'agriculture, etc. Les leçons auront lieu, pendant le semestre d'hiver, les Mardis, Jeudis et Samedis, à une heure, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Zoologie. Elles seront complétées par des conférences pratiques.

Cours de Zoologie: Animaux articulés. — M. E.-L. BOUVIER, professeur. — Le cours comprendra deux parties: l'une sera consacrée à l'étude de l'appareil respiratoire des Articulés ; l'autre à l'étude des Crustacés parasites et des parasites des Crustacés. Ce cours aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à dix heures.

Cours de Physiologie générale. — M. N. GRÉHANT, professeur. — Le professeur s'occupera des fonctions de relation en général : il étudiera les muscles et le système nerveux. Le cours aura lieu, pendant le semestre d'hiver, à trois heures, les Mardis et samedis, dans l'Amphithéâtre d'anatomie comparée. Les Jeudis à trois heures, Leçon pratique au Laboratoire, quai Saint-Bernard.

Cours de Pathologie comparée. — M. CHAUVEAU, professeur. — Le professeur terminera l'exposition des progrès récents accomplis dans le domaine de la Physiologie pathologique de la circulation ; il exposera les principes généraux de l'énergétique biologique. Les Leçons et Conférences auront lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à deux heures un quart, au Laboratoire de Pathologie comparée.

Cours d'Anthropologie. — M. E.-T. HAMY, professeur. — Le cours sera consacré à l'étude de l'Anthropologie de la France. Il aura lieu, dans le semestre d'été, les Mardis, Jeudis et Samedis, à trois heures, dans l'Amphithéâtre d'Anatomie.

Cours de Physique appliquée à l'Histoire naturelle.—M. H. BECQUEREL, professeur. — Le professeur traitera du rôle de l'Electricité. Ce cours aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à une heure, dans le grand Amphithéâtre.

Cours de Botanique (classifications et familles naturelles). — M. ED. BUREAU, professeur. — Le professeur, pendant les mois de Mars et Avril, traitera de l'origine paléontologique et de la distribution géographique d'un certain nombre de familles Dicotylédones, tous les Mercredis, à une heure. A partir du mois de Mai, il étudiera les familles vivantes des Dicotylédones apétales. Ces leçons auront lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à une heure. Des herborisations font partie du cours et seront annoncées par des affiches spéciales.

Cours de Physique végétale. — M. Georges VILLE, professeur. — Le cours comprendra deux parties : Dans la première, le professeur traitera des conditions physiques et chimiques qui déterminent, favorisent et règlent la production des végétaux. — Dans la seconde, le professeur fera l'histoire très complète de l'absorption de l'azote de l'air par les végétaux ; puis, passant aux applications qui s'en déduisent, il s'occupera de la sidération et des modes de culture les plus propres à porter le rendement de la betterave, des pommes de terre et des céréales à la limite la plus élevée. Le cours aura lieu les Mardis et Samedis, à trois heures.

Cours de Chimie appliquée aux corps organiques. —M. ARNAUD, professeur. — Le professeur traitera des acides organiques de la série aromatique, des acides-phénols, de leurs principaux générateurs ou dérivés et particulièrement des corps de cette série existant dans la nature à l'état de principes immédiats. Le cours aura lieu, pendant le semestre d'été, les Lundis, Jeudis et Samedis, à quatre heures et demie, dans l'Amphithéâtre de Chimie, rue de Buffon, 63.

Cours de Géologie. — M. Stanislas MEUNIER, professeur. — Le professeur traitera de l'histoire géologique de la Mer. Ce cours aura lieu les Mardis et Samedis, à cinq heures, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Géologie, pendant le semestre d'été. Il sera complété par des excursions géologiques annoncées par des affiches spéciales.

Cours de Minéralogie. — M. A. LACROIX, professeur. — Le professeur étudiera les Pierres précieuses ; leurs propriétés physiques et chimiques, leurs gisements et leur synthèse. Ce cours aura lieu, pendant le semestre d'été, les Mercredis et Vendredis, à quatre heures trois quarts, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Minéralogie. Des conférences et exercices pratiques de cristallographie auront lieu le Mardi, à neuf heures.

Cours de Physiologie végétale appliquée à l'agriculture. — M. DEHÉRAIN, professeur. — Le professeur traitera de la terre arable et des amendements. Ce cours aura lieu, pendant le semestre d'été, les Mardis et Samedis, à deux heures, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Géologie. Les méthodes analytiques employées dans les recherches de physiologie végétale seront l'objet de démonstrations pratiques dans le Laboratoire, rue de Buffon, 63 ; elles auront lieu le Lundi, à une heure trois quarts.

Cours de Zoologie : Mammifères et Oiseaux. — M. A. MILNE-EDWARDS, professeur. — Ce cours portera sur l'organisation et la classification des Mammifères. Il aura lieu, pendant le semestre d'été, les Lundis, Mercredis et Vendredis, à deux heures, dans la salle des cours de la Galerie de Zoologie. Des conférences dans la Ménagerie seront indiquées par des affiches spéciales.

Cours de Zoologie : Annélides, Mollusques et Zoophytes. — M. Edmond PERRIER, professeur. — Le professeur exposera l'histoire des Mollusques et des Tuniciers. Ce cours aura lieu, pendant le semestre d'été, les Mardis, Jeudis et Samedis, à une heure et demie, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Zoologie.

Cours de Paléontologie. — M. Albert GAUDRY, professeur. — Le professeur donnera des explications sur les fossiles du nouveau Musée de Paléontologie. Ce cours aura lieu les Mercredis et Vendredis, à trois heures et demie.

Cours de Culture. — M. Maxime CORNU, professeur. — Le professeur parlera des Cultures coloniales de l'Afrique tropicale et australe. Ce cours aura lieu, pendant le semestre d'hiver, les Lundis, Mercredis et Vendredis, à neuf heures.

Cours de Dessin appliqué à l'histoire naturelle.— M. FRÉMIET, pour les *Animaux*. Ce cours, qui se fait pendant le semestre d'été, aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à quatre heures. — M. N..., pour les *Plantes*. L'ouverture de ce cours, qui dépend de la marche de la saison, sera annoncée par une affiche particulière. Il aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à 3 heures.

Un enseignement spécial pour les voyageurs naturalistes aura lieu dans le courant de l'été. Une affiche en fera connaître la date d'ouverture.

Bibliothèque. — La Bibliothèque du Muséum est ouverte aux lecteurs, de 10 à 4 heures, tous les jours, excepté les Dimanches et Jours fériés.

Ecole pratique des Hautes Etudes.

(Vieille Sorbonne, escalier 7).

M. Jules SOURY, maître de conférences. Le lundi, à 4 h. 1/2, *Les fonctions du langage* ; vendredi, à 4 h. 1/2, *Histoire des théories les plus récentes sur la structure et les fonctions des centres nerveux (théorie des neurones)*.

UNE REINE MÉDECIN. — *La fin d'une légende.* — On a imprimé partout que la reine Amélie de Portugal, qui d'ailleurs est en ce moment à Paris, accompagnée de diverses personnes, parmi lesquelles le Dr Lencastre, poursuivait l'étude de la médecine et prenait ses inscriptions à la Faculté de Lisbonne, telle une simple étudiante ! C'est une légende et voici ce qui a pu la faire naître : La reine a fondé dans sa capitale un dispensaire pour les enfants pauvres, que dirige le Dr Silva Carvalho. Sa majesté y vient souvent, y visite les petites malades et ne dédaigne pas de les soigner, c'est elle qui fournit gratuitement le lait et les légumes. Sœur de charité, oui ; doctoresse, non. (*Rev. méd.*)

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE.

Directeur et professeur honoraire : M. CHATIN.
Professeur honoraire : M. BERTHELOT.

ANNÉE SCOLAIRE 1896-1897. — *Cours du premier Semestre.*

Zoologie: M. A. MILNE-EDWARDS, prof., mardi, jeudi et samedi, à midi 1/2. Anatomie et physiologie. (Amphithéâtre du Sud.)—*Histoire naturelle des médicaments:* M. PLANCHON, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. Produits fournis par les familles depuis les Cryptogames jusqu'aux Gentianées. (Amphithéâtre du Nord.) — *Chimie minérale:* M. RICHE, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 4 h. 1/4. Généralités de la Chimie. — Revision des métalloïdes. — Métaux. (Amphithéâtre du Nord.) —*Physique:* M. LE ROUX, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. 1/2. Propriétés générales des corps. — Hydrostatique. — Chaleur. — Electricité. (Amphithéâtre du Sud.) — *Pharmacie galénique* : M. BOURGOIN, professeur, et M. BOURQUELOT, professeur chargé de cours, lundi mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2. Extraits. — Saccharolés. — Médicaments externes. — Désinfectants et antiseptiques. (Amphithéâtre du Sud.) — *Chimie analytique* : M. VILLIERS-MORIAMÉ, lundi, mercredi et vendredi, à 10 h. 1/2. Analyse qualitative des matières minérales. (Amphithéâtre du Nord).

Travaux pratiques. — La haute direction des travaux pratiques appartient à MM. les professeurs : RICHE, pour la chimie générale. JUNGFLEISCH, pour la chimie analytique. GUIGNARD, pour la micrographie. M. GRIMBERT, chef des travaux chimiques de 1re année. *Chimie*: M. LEXTREIT, chef des travaux chimiques de 2e année. *Chimie* M. PERROT, chef des travaux micrographiques de 3e année. *Micrographie*: M. RADAIS, agrégé. Mardi, samedi, 5 h. 1/2. Conférences de Microbiologie. (Amphithéâtre du Sud). M. MOUREU, sous-chef des travaux chimiques. Lundi, mercredi et vendredi, de 1 à 4 h. 1/2. Laboratoires.—4e année : Les candidats au diplôme supérieur, élèves de 4e année, sont autorisés à participer, dans les différents laboratoires de l'Ecole et d'une manière permanente, à tous les travaux et exercices utiles à leurs études.

Tableau des jours et heures des cours du 1er semestre. Lundis: MM. PLANCHON, 4 h.; BOURQUELOT, 9 h. 1/2; VILLIERS, 10 h. 1/2.—Mardis: MM. A. MILNE-EDWARDS, midi 1/2; RICHE, 4 h. 1/4; LE ROUX, 9 h. 1/2, RADAIS, 5 h. 1/2. — Mercredis: MM. PLANCHON, 4 h.; BOURQUELOT, 9 h. 1/2; VILLIERS-MORIAME, 10 h. 1/2. — Jeudis: MM. A. MILNE-EDWARDS, midi 1/2; RICHE, 4 h. 1/4; LE ROUX, 9 h. 1/2. — Vendredis: MM. PLANCHON, 4 h.; BOURQUELOT; 9 h. 1/2; VILLIERS-MORIAMÉ, 10 h. 1/2. — Samedis : MM. A. MILNE-EDWARDS, midi 1/2; RICHE, 4 h. 1/4; LE ROUX, 9 h. 1/2 ; M. RADAIS, 5 h. 1/2.

Division des Études.

Première année: Chimie minérale. Chimie organique. Physique. Cryptogamie. Minéralogie et Hydrologie. Botanique générale. — *Deuxième année* : Matière médicale. Chimie minérale. Chimie organique. Pharmacie chimique. Botanique générale. Toxicologie. Chimie analytique. — *Troisième année*: Zoologie. Matière médicale. Pharmacie galénique. Chimie analytique.

L'ouverture des cours du 1er semestre est fixée au 3 novembre 1896.

Dispositions générales.

Les études en vue de l'obtention des diplômes de pharmacien de 1re et de 2e classes durent six années, savoir : trois années de stage dans une officine et trois années de scolarité.

Le décret du 26 juillet 1885 règle comme il suit les conditions du stage et de la scolarité.

Stage. — Le stage officinal est constaté au moyen d'inscriptions délivrées au Secrétariat de l'Ecole.

Pour être admis à prendre la première inscription, le stagiaire doit avoir *seize* ans accomplis ; il produira : en vue de la 1re classe, le diplôme de bachelier ès sciences ou ès lettres complet ou de l'enseignement secondaire spécial ; en vue de la 2e classe, le certificat d'études institué par le décret du 30 juillet 1886 est obligatoire depuis le 1er novembre 1887.

L'inscription a lieu, dans le délai de quinzaine, sur la production d'un certificat de présence délivré par le titulaire de l'officine à laquelle le stagiaire est attaché ; toute période de stage irrégulièrement constatée est considérée comme nulle.

L'inscription doit être renouvelée tous les ans, au mois de juillet, et régularisée à chaque changement d'officine par l'élève.

L'élève stagiaire qui néglige pendant trois ans, pour une cause autre que celle du service militaire, de prendre des inscriptions, perd le bénéfice de l'inscription prise antérieurement et correspondant à une année de stage. — Le stagiaire acquitte un droit fixe de *un franc* par inscription.

Les stagiaires de 1re et de 2e classes qui justifient de trois années régulières de stage subissent un *examen de validation*, dont le programme est déterminé, devant un jury spécial qui siège à l'Ecole deux fois par an, aux mois de juillet, août et novembre. La deuxième session annuelle s'ouvrira le mercredi 3 novembre 1888.

Aucun candidat ne peut se présenter pour l'examen de validation devant deux établissements différents pendant la même session. En cas d'infraction à cette disposition, le candidat peut être exclu à temps ou à toujours de toutes les Ecoles de Pharmacie.

Immatriculation. — L'élève qui commence ses études à l'Ecole doit déposer au secrétariat: 1° son acte de naissance; 2° le certificat d'examen de validation de stage; 3° pour la 1re classe, l'un des diplômes de bachelier exigés; pour la 2e classe, l'un des certificats d'étude ou de grammaire complété prévus par les décrets du 26 juillet 1885 et du 30 juillet 1886; 4° s'il est mineur, le consentement de son père ou tuteur l'autorisant à suivre les études pharmaceutiques.

Les élèves sont tenus, en entrant, d'écrire eux-mêmes, sur un registre spécial, leurs noms, prénoms, date et lieu de naissance, leur adresse exacte et celle de leur famille. Chaque changement de résidence fera l'objet d'une nouvelle déclaration. L'élève qui fait une fausse déclaration est passible de la perte d'une ou de deux inscriptions.

Inscriptions de scolarité.— Les inscriptions de scolarité sont au nombre de douze. Elles sont délivrées, pendant la première quinzaine de chaque trimestre, aux jours et heures déterminés par le règlement intérieur de l'Ecole. La première inscription doit être prise au trimestre de novembre. Les élèves ne peuvent prendre leurs inscriptions par correspondance ni par mandataire.

En vertu de l'article 27 du décret du 30 juillet 1883, tout étudiant qui, sans motifs jugés valables par l'Ecole, néglige *pendant deux ans* de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve, perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès. Le temps passé sous les drapeaux n'est pas compté dans le délai de péremption.

En aucun cas, les inscriptions de 2e classe ne peuvent être converties en inscriptions de 1re classe pour les élèves en cours d'études. Cette conversion peut être autorisée en faveur des pharmaciens de 2e classe qui ont exercé la pharmacie pendant un an au moins.

Travaux pratiques obligatoires. — Pendant les trois années de la scolarité, les élèves de 1re et de 2e classes sont tenus de prendre part aux travaux pratiques obligatoires, qui comprennent nécessairement la chimie minérale, organique et analytique, la toxicologie, la pharmacie, la minéralogie, la micrographie et la physique. Les herborisations sont également comprises dans les travaux pratiques.

Travaux pratiques facultatifs. — Les élèves qui justifieront de toutes leurs inscriptions et ceux dont la scolarité sera interrompue par suite d'ajournement à un examen de fin d'année ou semestriel, pourront, sur leur demande écrite, être admis par M. le Directeur à prendre part à telle ou telle série de travaux pratiques, moyennant le payement, en un seul terme, d'un droit fixe de 40 francs. Cette rétribution est indépendante des droits de travaux pratiques obligatoires et ne peut être confondue avec eux.

Le candidat ajourné à un examen de fin d'année n'est admis à participer qu'aux manipulations de l'année qu'il n'a pas validée. — L'admission aux exercices facultatifs ne confère aucun droit à des inscriptions rétroactives.

Examens de fin d'année. — Les candidats de 1re et 2e classes subissent un examen de fin d'année après les 4e et 8e inscriptions; en outre, ceux de 1re classe passent un examen semestriel après la 10e inscription.

Les examens de fin d'année ont lieu au mois de juillet ; l'examen semestriel dans la première quinzaine d'avril. Les candidats ajournés peuvent renouveler cette épreuve aux mois de juillet et de novembre. Ces examens portent sur les matières enseignées pendant l'année scolaire qu'ils valident. Tout étudiant ajourné à un examen de fin d'année ne peut être autorisé à changer d'Ecole avant d'avoir réparé son échec.

Examens probatoires. — Après la 12e inscription, les étudiants sont admis à subir les trois examens probatoires. Aucune dispense d'âge n'est exigée des candidats ; aucun délai n'est imposé entre chacun de ces examens subis avec succès. En cas d'échec, le délai d'ajournement est fixé à trois mois au minimum.

Les candidats au diplôme de 1re classe doivent subir les trois examens probatoires dans l'Ecole où ils ont accompli la troisième année de leur scolarité. Les aspirants au diplôme de 2e classe sont tenus de les subir devant la Faculté mixte ou Ecole dans le ressort de laquelle ils doivent exercer. Le diplôme n'est délivré à l'impétrant qu'après ses vingt-cinq ans révolus.

Diplôme supérieur. — Le décret du 12 juillet 1878 a institué un diplôme supérieur qui s'obtient, pour les candidats déjà pharmaciens de 1re classe non pourvus du grade de licencié ès sciences physiques ou ès sciences naturelles, à la suite d'une quatrième année d'études, validée par un examen et la soutenance d'une thèse originale acceptée par l'Ecole. Les candidats qui justifient de l'un des

grades de licencié précités, ne sont astreints qu'à la soutenance de la thèse. Le diplôme supérieur est équivalent au doctorat ès sciences physiques ou naturelles. Les pharmaciens qui en sont pourvus peuvent être nommés aux emplois de professeurs ou agrégés dans les Ecoles supérieures, aux emplois de professeurs ou agrégés des sciences pharmaceutiques dans les Facultés mixtes.

Perception des droits universitaires. — La perception des droits de bibliothèque et de travaux pratiques obligatoires et facultatifs, le recouvrement et le remboursement des consignations pour examens de toute nature, sont opérés à la caisse du Receveur des droits universitaires, rue Saint-Jacques, 55, à Paris, sur la présentation d'un *bulletin de versement* ou d'un *ordre de remboursement*, suivant le cas, que le Secrétaire de l'Ecole délivre à l'étudiant, ou au candidat ajourné, sur sa demande.

Aux termes de l'article 4 de l'arrêté du 25 juillet 1882, les familles des étudiants ont la faculté d'effectuer les mêmes opérations financières aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances, dans leur département.

Bourses. — Le concours pour l'obtention des bourses de l'Etat de pharmacien de 1re classe s'ouvre ordinairement à l'Ecole, dans la dernière semaine du mois d'octobre. Les candidats doivent se faire inscrire à la Sorbonne, du 20 septembre au 15 octobre, en produisant les pièces exigées.

Bibliothèque. — La Bibliothèque de l'Ecole est ouverte tous les jours non fériés de 11 heures du matin à 4 heures, et de 8 heures à 10 heures du soir.

Salles de Collections. — Les salles de collections sont ouvertes aux étudiants aux jours et heures qu'indiquent des affiches spéciales.

Jardin botanique. — Le jardin botanique est ouvert aux élèves tous les jours non fériés, de 7 heures du matin à 6 heures en été, et et de 8 heures à 4 heures en hiver.

Bourses pour pharmaciens de 1re classe.

Article 1er. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses des pharmaciens de 1re classe a eu lieu au siège des Ecoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 29 octobre 1894.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au Secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription ont été clos le samedi 20 octobre à 4 heures.

Art. 3. — Sont admis à concourir : 1° les candidats pourvus de quatre, huit ou douze inscriptions, qui ont subi, avec la note *bien*, les examens de fin de première et de deuxième années et l'examen semestriel; 2° les pharmaciens de 1re classe aspirant au diplôme supérieur.

Art. 4. — En exécution des prescriptions du règlement du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consistent en compositions écrites, portant sur les matières énumérées dans le programme suivant :

Candidats au grade de pharmacien de 1re classe. — Elèves à quatre inscriptions : 1° Physique et chimie ; 2° botanique. — Elèves à huit inscriptions : 1° Chimie organique ; 2° matière médicale et pharmacie. — Elèves à 12 inscriptions : 1° Pharmacie galénique ; 2° chimie analytique et toxicologie.

Candidats au diplôme supérieur. — Section des sciences psycho-chimiques : 1° Physiques ; 2° chimie. — Section des sciences naturelles : 1° Botanique ; 2° zoologie. Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Art. 5. — Les candidats pourvus du grade de bachelier de l'enseignement secondaire classique ou de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complet, qui ont été admis à ce grade avec la mention *bien*, peuvent obtenir sans concours une bourse de première année.

INSTITUT PASTEUR.

Directeur : M. Duclaux. — *Sous-Directeur* : M. Roux.

L'Institut Pasteur, dont nos lecteurs connaissent l'agencement général, comprend plusieurs services qui fonctionnent simultanément. M. Duclaux dirige le laboratoire de chimie biologique avec M. Fernbach pour chef de laboratoire et M. Pottevin comme préparateur. Pendant le semestre d'hiver, les cours de M. Duclaux, qui est professeur à la Faculté des sciences, sont faits à l'Institut Pasteur, deux fois par semaine.

M. le Dr Roux est le chef du service de Microbie technique. Deux fois par an, il fait un cours de six semaines, dont M. Borrel est le préparateur. La science du professeur et le soin qu'il donne à ses leçons lui ont assuré un succès extraordinaire. Pour suivre le cours et les travaux pratiques qui en forment le complément nécessaire, il faut se faire inscrire longtemps à l'avance ; les places sont retenues plus d'un an avant l'ouverture. Pour assister aux cours, sans prendre part aux travaux pratiques, il suffit de l'autorisation du professeur. M. Roux et son chef de laboratoire M. Martin dirigent le service de la préparation du sérum antidiphtérique. L'Institut Pasteur possède en ce moment une quantité de chevaux suffisante pour répondre à tous les besoins. Grâce aux subventions de l'Etat et de la Ville de Paris, le service gratuit pour les indigents est assuré et fonctionne régulièrement pour la France et les Colonies. Les travaux sur les divers sérums permettent d'espérer que l'on obtiendra de bons résultats dans le traitement des affections à streptocoques (Marmorek) et le traitement préventif du tétanos.

M. Roux, avec le concours de M. Charpentier, s'occupe encore de préparation de la Malléine et de la Tuberculine, qui rendent aujourd'hui de grands services pour le diagnostic de la Tuberculose et de la Morve.

Le Service de la Rage, sous la direction de MM. Grancher, Chantemesse et Charrin, auxquels a été adjoint M. Chaillou. On traite chaque année 1,500 à 1,800 mordus. Aux salles d'inoculation sont annexées des chambres de pansement et d'opération. A ce service de traitement proprement dit est jointe une annexe où sont gardés des animaux inoculés avec les centres nerveux d'animaux mordeurs suspectés de rage. Il arrive en effet quelquefois que des personnes mordues par un animal le sacrifient avant de savoir s'il était ou s'il n'était pas enragé. Comme l'autopsie est le plus souvent insuffisante pour éclairer le diagnostic, l'inoculation à un animal sain peut seule lever tous les doutes.

M. E. Metchnikoff dirige, avec l'aide de MM. Mesnil et Boroet, un laboratoire de recherches microbiennes. Sous son impulsion, de nombreux savants ont entrepris l'étude de l'immunité. Comme toutes les grandes découvertes, la théorie de la phagocytose a été niée ou modifiée de diverses façons. Ce processus reste cependant l'une des conditions les plus importantes de la lutte contre les germes et c'est sur lui qu'au dernier Congrès de Londres les attaques et les discussions se sont engagées. La théorie de la phagocytose est sortie de la lutte plus forte et plus accréditée qu'avant. Aujourd'hui, après les discussions du Congrès de Budapest, la théorie de l'immunité par la phagocytose n'a plus de contradicteurs. Les découvertes récentes de M. Metchnikoff sur l'étiologie du choléra ont jeté une vive lumière sur le rôle des associations microbiennes favorisant ou empêchant la culture intestinale du bacille virgule.

Les travaux de M. Danyss sur les maladies contagieuses des rongeurs permettent d'espérer que l'agriculture trouvera dans la bactériologie un moyen de protection contre ces animaux nuisibles. Le service des vaccins, confié à M. Chamberland, s'occupe de la fabrication du vaccin charbonneux, du vaccin du rouget, etc. On voit que l'Institut Pasteur n'est pas seulement réservé au traitement antirabique et qu'il est devenu un des centres les plus actifs des études de chimie biologique et de bactériologie.

Son organisation. — Son fonctionnement.

L'Institut Pasteur est une société civile, s'administrant elle-même ; mais, ayant été reconnue d'utilité publique, elle est soumise au contrôle de l'Etat et rattachée au Ministère de l'Intérieur. L'assemblée générale se compose des personnes qui ont pris part à la fondation et correspond à une assemblée d'actionnaires ; elle nomme le Conseil d'Administration, approuve ses comptes, etc.

Le budget des recettes se compose : 1° du revenu du reliquat de la souscription publique, se montant à environ 1,200,000 francs, qui ont été placés en fonds d'Etat. Cette souscription s'était élevée à près de trois millions, dont deux environ ont été absorbés par l'achat du terrain et la construction de bâtiments de la rue Dutot ; 2° d'une allocation de 20 à 30,000 francs du Ministère de l'Agriculture, pour les services rendus par l'Institut (vaccin charbonneux, rouget de porc, tuberculine et malléine) ; 3° d'une allocation du Ministère de l'Instruction publique, qui paye les traitements des membres, qui étaient autrefois attachés à l'Ecole des hautes études (le laboratoire de M. Pasteur, bien que situé à l'Ecole normale, dépendait des hautes études, ainsi que ceux de MM. Roux et Chamberland) ; 4° des bénéfices des vaccins charbonneux et autres vendus à très bas prix aux vétérinaires et abandonnés à l'Institut Pasteur par MM. Roux et Chamberland : ces bénéfices sont d'une vingtaine de mille francs par an ; 5° des fonds versés par les élèves, qui suivent les cours de l'Institut.

Le *service antidiphtérique* du Dr Roux constitue une annexe de l'Institut Pasteur, et a un budget distinct. Ce service est établi à Garches, dans la propriété que l'Etat avait mise à la disposition de M. Pasteur pour ses expériences sur la rage ; il est dirigé par M. Roux, sous le double contrôle du conseil de l'Institut Pasteur et du Ministère de l'Intérieur. Le sérum est distribué gratuitement, sur les indications du Ministère, à l'armée et aux hôpitaux et bureaux de bienfaisance et d'assistance de France et des colonies.

Ce service est gagé par le revenu de la souscription publique et par une somme que le Parlement a inscrit au budget et qui était cette année de 80,000 francs. Pour le public, le sérum est soumis à la loi sur la pharmacie, c'est-à-dire qu'on en trouve chez tous les pharmaciens au prix de 3 francs le flacon. Les bénéfices seront employés au perfectionnement du service, comme le sont les bénéfices des divers vaccins à l'Institut Pasteur.

ECOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT.

Année scolaire 1896-1897. — 1er Semestre.

1re Chaire : MM. Barrier, professeur, et Petit, chef des travaux : *Anatomie descriptive et comparée* (étude des préparations anatomiques, dissections, conférences ou interrogations ; *histologie*; *extérieur*. Leçons : Mardi, jeudi et samedi, de 9 h. 3/4 à 11 heures. — Dissections : tous les jours, de 8 h. à 11 h.

2e Chaire : MM. Kaufmann, professeur, et Désoubry, chef des travaux : *Physiologie et thérapeutique* (démonstrations pratiques de physiologie et de thérapeutique; conférences ou interrogations). Leçons : Lundi et samedi, de 10 à 11 heures. et vendredi de 1 à 2 heures. — Démonstrations pratiques : Lundi et mardi de 4 heures à 5 heures.

3e Chaire : MM. Adam, professeur, et Porcher, répétiteur : *Physique et météorologie* ; *chimie organique et biologie* (pharmacie, physique et chimie ; technique des manipulations, leçons, conférences et exercices pratiques, conférences ou interrogations). Leçons : Mardi, mercredi et vendredi, de 9 h. 1/2 à 11 heures. — Exercices pratiques : Vendredi, de 2 heures à 5 heures.

4e Chaire : MM. Nocard, professeur, et Lignières, chef des travaux : *Pathologie des maladies contagieuses et police sanitaire* (clinique spéciale et police sanitaire ; jurisprudence et médecine légale ; inspection des viandes de boucherie ; technique microbiologique ; conférences et exercices pratiques ; interrogations). Leçons : Mardi, mercredi, vendredi, de 1 h. à 2 h. 1/2. — Exercices pratiques : Lundi, de 1 heure à 3 heures et samedi, de 2 heures à 3 heures.

5e Chaire : M. Trasbot, professeur, et Drouin, répétiteur : *Pathologie et anatomie pathologique générales*, *clinique médicale* (clinique ; consultation ; technique histopathologique et des autopsies ; conférences et exercices pratiques ; interrogations). Leçons : Mardi, mercredi et vendredi de 6 h. 30 à 7 h. 40 du matin. — Clinique et consultation : tous les jours de 8 heures à 11 heures. — Exercices d'anatomie pathologique : Lundi et mercredi, de 1 heure à 3 heures.

6e Chaire : MM. Cadiot, professeur, et Almy, chef des travaux : *Manuel opératoire* ; *pathologie chirurgicale* (clinique, consultation, médecine opératoire ; conférences ou interrogations). Leçons : Mardi de 1 heure à 2 heures ; jeudi et samedi, de 6 h. 30 à 7 h. 40 du matin. — Clinique et consultation : tous les jours, de 8 heures à 11 heures. — Exercices de chirurgie : Lundi, de 8 heures à 4 heures.

7e Chaire : MM. Railliet, professeur, et Marotel, répétiteur : *Botanique, géologie et zoologie* (matière médicale ; exercices de matière médicale, de zoologie et d'histologie végétale ; conférences ou interrogations). Leçons : Mardi, mercredi et vendredi, de 8 à 9 heures. — Exercices pratiques : Mardi de 2 heures à 4 heures.

8e Chaire : MM. Baron, professeur, et Dechambre, chef des travaux : *Hygiène générale* ; *zootechnie* (conférences et exercices pratiques au marché de la Villette et à l'Ecole ou à la ferme de Joinville ; interrogations). Leçons : Mardi, de 3 heures à 4 heures, et mercredi, de 4 à 5 heures. — Exercices pratiques (au marché de la Villette) : Lundi, de heure à 6 heures; jeudi, de 9 heures à midi.

9e Chaire : MM. Moussu, professeur, et Delmer, répétiteur : *Pathologie bovine*; *ovine et porcine* (clinique spéciale ; (conférences et exercices pratiques ; interrogations). Leçons : Mardi, mercredi et vendredi, de 5 à 6 heures. — Clinique spéciale, 8 h. à 9 heures.

Equitation, pour les élèves de la 4e année : Tous les jours (sauf le samedi), de 11 heures 1/2 à 12 h. 1/2 et de 3 à 4 heures.— *Lever* : à 6 heures. — *Coucher* : à 9 heures. — *Etudes* : de 6 heures 1/2 à 7 h. 40 ; de 9 heures à 11 heures ; de 12 h. 1/2 à 3 heures ; de 3 heures 1/2 à 5 heures 1/2 ; de 7 heures à 8 h. 1/2. — *Repas* : collation, à 7 heures 40 ; déjeuner, à 11 heures ; dîner, à 6 heures.

Ecole de Médecine navale de Toulouse. — Un concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie sera ouvert à l'Ecole annexe de médecine navale de Toulouse, le 26 octobre, en vue de pourvoir au remplacement de M. le médecin de deuxième classe Plat-Flottes, démissionnaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'*Académie des Sciences* tient des séances publiques, à l'Institut, quai de Conti, tous les lundis, à 3 heures. Elle se divise en deux grandes classes : celle des *Sciences mathématiques*, dont nous n'avons pas à nous occuper, qui comprend cinq sections ; celle des *Sciences physiques*, qui comprend les six sections suivantes, composées chacune de six membres : chimie ; minéralogie; botanique; économie rurale ; anatomie et zoologie; médecine et chirurgie. — Cette dernière section a six membres correspondants français et étrangers. L'*Académie des Sciences* décerne chaque année des prix dont quelques-uns ont trait aux sciences médicales (anatomie, physiologie, médecine et chirurgie, hygiène, physiologie expérimentale), et qui sont annoncés en temps opportun dans le *Progrès médical*.

La Section de médecine et chirurgie comprend MM. Marey, Guyon, d'Arsonval, Bouchard, Potain, Lannelongue.

La section d'anatomie et zoologie est composée de MM. E. Blanchard, Perrier, de Lacaze-Duthiers, Alph. Milne Edwards, Ranvier. Le président, cette année, est M. Chatin. Parmi les académiciens libres, il y a M. le Dr Brouardel. — Le *Progrès médical* publie régulièrement une analyse des communications faites à l'Institut, lorsqu'elles sont du domaine des sciences biologiques. L'Académie des Sciences publie un *compte rendu* de ses séances, qui paraît toutes les semaines.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

La *Société de Biologie* tient ses séances tous les samedis, à 4 h., rue de l'Ecole-de-Médecine (*Ecole pratique*) au deuxième étage, dans un local recemment agrandi grâce au legs d'un de ses membres décédés, M. le Pr Pouchet. Elle possède dans ce local une bibliothèque importante dont le fond est constitué par celle de Pouchet. Cette Société réunit l'élite des différentes Ecoles scientifiques ayant trait aux Sciences Biologiques et Physiologiques dans l'acception la plus large du mot. La Faculté de médecine y est représentée par un grand nombre de ses professeurs et de ses agrégés. Citons parmi les assidus : MM. Bouchard, Laborde, Ch. Richet, Paul Richer ; MM. Troisier, Hanot, Netter, Gley, Langlois, Arthus, Phisalix, Déjerine, R. Blanchard, Gilbert, etc. Le Collège de France est représenté aussi par MM. Marey, François Franck, d'Arsonval, Malassez, Henneguy, Fabre-Domergue La Sorbonne, par MM. Duclaux, Dastre, Bonnier, Giard, Regnard. L'Ecole de pharmacie, par MM. Grimaux, Guignard, Bouvier, Beauregard. Le Muséum, par M. Kunckel d'Herculais. MM. Chauveau, président de la Société, Nocard, Mégnin, Raillet, Kauffmann apportent les travaux sortis des Ecoles vétérinaires. On voit que tous les grands corps enseignants délèguent à la Société leurs membres les plus actifs. Le programme d'études et de discussions est donc des plus riches ; il embrasse la physiologie expérimentale et pathologique, l'histologie, l'anatomie pathologique, l'étude des infiniment petits, la clinique, la chimie et la physique médicales. Les étudiants déjà avancés en médecine suivront avec le plus grand fruit les séances de cette Société pour y élargir le cadre de leurs idées générales en Biologie. Tous les deux ans, la *Société de Biologie* décerne le *prix Godard*, qui est de la valeur de 500 francs, et elle pourra bientôt disposer du *prix Claude Bernard*, dont le montant n'est pas encore fixé; elle publie régulièrement un bulletin qui est un des recueils les plus intéressants de tout ce qui se fait de neuf en physiologie normale et pathologique. A ce bulletin peuvent s'ajouter des mémoires. Un compte rendu analytique de chaque séance paraît dans le *Progrès médical*. Secrétaire général, M. le docteur Dumontpallier ; — Président, M. le Pr Chauveau.

Prix Claude Bernard. — La Société de Biologie est autorisée à recevoir, des mains de MM. Berthelot, Charcot et autres, une somme de 3,068 fr. 92 c., provenant des souscriptions recueillies pour élever un monument à Claude Bernard. Ladite somme sera employée à la fondation d'un prix de biologie expérimentale qui portera le nom de « prix Claude Bernard. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'*Académie de Médecine* tient ses séances publiques, 49, rue des Saints-Pères, tous les mardis, de 3 h. à 5 h.—Elle se compose de cent membres *titulaires* répartis dans les 11 sections qui suivent : anatomie et physiologie, 10 ; pathologie médicale, 13; pathologie chirurgicale, 10; thérapeutique et histoire naturelle médicale, 10 ; médecine opératoire, 7 ; anatomie pathologique, 7 ; accouchements, 7 ; hygiène publique, médecine légale et police médicale, 10 ; médecine vétérinaire, 6; physique et chimie médicales, 10; pharmacie, 10. Il y a, en outre, une section d'associés libres qui peut compter 10 membres. — Le nombre des *associés nationaux* et celui des associés étrangers peut être de 20. — Le nombre des *correspondants nationaux* est de 100;

celui des *correspondants étrangers* de 50. Les uns et les autres sont divisés en 4 sections de la façon suivante : 1° Anatomie et physiologie, pathologie médicale, thérapeutique et histoire naturelle, anatomie pathologique, hygiène et médecine légale (correspondants nationaux, 50 ; étrangers, 25). — 2° Pathologie chirurgicale, médecine opératoire, accouchements (correspondants nationaux, 24 ; étrangers, 12). — 3° Médecine vétérinaire (correspondants nationaux, 6 ; étrangers, 3). — 4° Physique et chimie médicales, pharmacie (correspondants nationaux, 20 ; étrangers, 10). Président pour 1894, M. Rochard. — Vice-Président : M. Empis. — Secrétaire perpétuel : M. Bergeron. — Secrétaire annuel : M. Cadet de Gassicourt.

L'Académie résout les questions qui lui sont posées par les ministères, les préfectures de la Seine et de police, sur tout ce qui concerne l'hygiène et la santé publiques. Elle autorise ou interdit la fabrication et la vente des remèdes secrets et nouveaux, l'exploitation des sources thermales ou minérales. Elle désigne, sur la demande du gouvernement, des commissaires qui se transportent sur les lieux où sévissent les épidémies ou les épizooties et décident des mesures à prendre contre le mal. Elle propage la vaccine, et enfin discute des questions de science pure. Elle publie un Bulletin qui contient le compte rendu de ses séances et de ses travaux ; au moyen de son budget particulier et de différents legs, elle distribue des prix. Les lauréats sont proclamés chaque année dans une séance solennelle qui a lieu dans la première quinzaine de décembre ; les sujets à traiter pour les prix de l'année suivante y sont en outre désignés.

L'Académie possède des collections et une bibliothèque riche en volumes, en gravures et en manuscrits, réservée aux membres de la compagnie ; elle est ouverte néanmoins à tous les travailleurs sérieux autorisés. Bibliothécaire : M. Dureau. — Chef des bureaux : M. Cambuzat.

Les vaccinations et les certificats de vaccine sont délivrés gratuitement tous les mardis, jeudis et samedis, à onze heures précises. On envoie en outre gratuitement du vaccin de génisse en tubes à tous les membres du corps médical qui en font la demande. Directeur du service : M. Hervieux. Il existe aussi, pour les analyses et les recherches, un laboratoire dirigé par M. Meillère.

Les travaux, les communications et les correspondances de toutes sortes doivent être adressés à M. le secrétaire perpétuel au siège de l'Académie, à moins qu'un des membres n'ait bien voulu se charger de faire la présentation. — Les bureaux de l'Académie sont ouverts, sauf les dimanches et fêtes, tous les jours, de 10 heures à 4 heures. Le *Progrès médical* fait le compte rendu de chaque séance de cette importante assemblée avec un soin tout particulier.

Prix de l'Académie. — *Prix de l'Académie.* — 1,000 francs. — Annuel. — Question à poser par l'Académie (1).

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). — 863 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Ce prix sera décerné au meilleur travail ou mémoire inédit sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Amussat. — 416 francs de rente 3 0/0. — Bisannuel. — Au mémoire qui aura réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix d'Argenteuil. — 1,132 francs de rente 3 0/0. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des autres maladies des voies urinaires.

Prix Baillarger. — 1,000 francs de rente 3 0/0. — Bisannuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

Prix Barbier. — 2,000 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Au meilleur mémoire sur les maladies incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Charles Boullard. — 618 francs de rente 3 0/0. — Ce prix sera décerné tous les deux ans au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

Prix Boulongne. — 2,480 francs de rente 3 0/0. — Ce prix sera décerné tous les deux ans à l'auteur français du meilleur travail imprimé ou manuscrit ou de la découverte la plus importante faite sur la prophylaxie des maladies contagieuses (Mme Boulongne a l'usufruit de cette rente).

Prix Mathieu Bourceret. — 1,209 francs de rente 3 0/0. — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. — 1,500 francs de rente 3 0/0. — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'est jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs sera reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 fr. devra être partagée en deux prix de 1,500 francs chacun.

Prix Adrien Buisson. — 3,512 francs de rente 3 0/0. Ce prix sera décerné tous les trois ans à l'auteur des meilleures découvertes, ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables, dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron. — 1,000 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Question à poser sur un sujet d'obstétrique ou sur les eaux minérales.

Prix Chevallier. — 2,000 francs de rente 3 0/0. — Triennal. — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail sur la phtisie et son traitement.

Prix Chevillon. — 1,500 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. — 833 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Question à poser sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse.

Prix Daudet. — 1,000 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Question à poser sur les maladies reconnues incurables jusqu'à ce jour, et plus spécialement sur les fumeurs.

Prix Demarle. — 20,000 francs environ à convertir en rente 3 0/0. — Pour la fondation d'un prix qui sera décerné tous les trois ans à l'auteur du meilleur ouvrage, manuscrit ou imprimé, sur les sciences pharmaceutiques. (La famille Demarle a l'usufruit de cette rente).

Prix Desportes. — 1,307 francs de rente 3 0/0. — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale et pratique.

Prix Falret. — 470 francs de rente 4 1/2 0/0. — Bisannuel. — Question à poser sur les maladies mentales et nerveuses.

Prix Henri et Maurice Garnier. — Triennal. — 10,000 francs à convertir en rente 3 0/0. — Pour la fondation d'un prix destiné à récompenser les meilleurs travaux et remèdes pratiques contre les maladies épidémiques et contagieuses, telles que fièvre typhoïde, diphtérie, érysipèle, scarlatine, etc. (L'usufruit appartient à la famille Durangel).

Prix Gerdy. — Triennal. 5,500 francs de rente 3 0/0. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France et de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. (Voir le règlement du concours.)

Prix Ernest Godard. — 1,000 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Ce prix sera décerné alternativement aux meilleurs travaux sur la pathologie interne et sur la pathologie externe.

Prix Guinchard. — 2,000 francs de rente 3 0/0. — Bisannuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura le mieux traité le sujet : *Maladies du croup et des angines croupales, et trouvé le meilleur remède contre ces maladies*). Mme Guinchard a l'usufruit de cette rente).

Prix Herpin (de Metz). — 320 francs de rente 3 0/0. — Quadriennal. — Question à poser sur les meilleures méthodes de traitement abortif d'une maladie interne ou externe, soit à son début, soit dans la période d'incubation. A défaut de concurrents spéciaux, l'Académie pourra employer tout ou partie de ce prix à récompenser ou à provoquer des travaux sur les effets thérapeutiques comparés de plusieurs sources d'eaux minérales naturelles qui sont aujourd'hui employées contre des maladies semblables ou analogues entre elles.

Prix Herpin (Théodore, de Genève). — Annuel. — 3,000 francs — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Hugo. — 200 francs de rente 3 p. 100. — Tous les cinq ans. — A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales. (Mme Woillez a l'usufruit de cette rente.)

Prix Huguier. — 1,000 francs de rente 3 0/0. — Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit, ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections*

(1) Pour le programme détaillé des Prix, *voir* la séance annuelle de l'Académie, en général le deuxième mardi de décembre.

(non compris les accouchements). Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Ce prix ne sera pas partagé.

Prix Itard. — 799 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Jacquemier. — 20,000 francs à convertir en rente 3 p. 100. — Le revenu de cette somme sera consacré à la fondation d'un prix triennal sur un sujet d'obstétrique. Les travaux destinés au concours devront avoir au moins six mois de publication. (Mme Jacquemier a l'usufruit.)

Prix Laborie. — 5,098 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix sera décerné chaque année à l'auteur qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix Lefèvre. — 600 francs de rente 3 p. 100. — Triennal. — Sur la mélancolie.

Prix Larrey (baron). — Annuel. — Ce prix sera décerné au meilleur travail de statistique médicale.

Prix Laval. — 1,083 fr. de rente 3 p. 0/0. — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de Médecine.

Prix Lorquet. — Annuel. — 10,000 francs à convertir en rente 3 0/0. Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Louis. — 1,000 francs de rente 3 p. 100. — Triennal. — Question à poser sur l'action des agents thérapeutiques journellement employés.

Prix Mège. — 300 francs de rente 3. p. 100. — Ce prix sera décerné tous les trois ans à l'auteur du meilleur ouvrage sur un sujet de physiologie expérimentale, d'anatomie pathologique et ensuite à la volonté de l'Académie.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2,613 fr. de rente 3 p. 100. — Annuel. — Ce prix sera décerné alternativement au meilleur ouvrage sur les maladies des yeux et des oreilles.

Prix Monbinne. — 1,500 francs de rente 3 p. 100. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix Anna Morin. — 12,000 francs. — Cette somme est destinée à l'achat d'un titre de rente 3 p. 100 sur l'Etat français, et les revenus devront être consacrés à la fondation d'un prix quinquennal, qui sera décerné à un médecin âgé de moins de trente ans, ayant produit le meilleur travail pour la guérison de l'angine couenneuse. (L'usufruit de cette somme appartient à la famille Morin.)

Prix Nativelle. — 339 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif, défini, cristallisé, non encore isolé d'une substance médicamenteuse.

Prix Orfila. — 1,000 francs de rente 3 p. 100. — Bisannuel. — Question à poser sur la toxicologie et la médecine légale.

Prix Oulmont. — 1,000 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix sera donné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat.

Prix Perron. — 771 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix, qui est quinquennal, sera décerné à l'auteur du mémoire le plus utile aux progrès de la médecine. Il pourra être partagé.

Prix Portal. — 600 francs de rente 3 p. 100. — Annuel. — Question à poser sur l'anatomie pathologique.

Prix Pourat. — 900 francs de rente, 4 1/2 p. 100. — Annuel. — Question de physiologie à poser par l'Académie.

Prix Philippe Ricord. — 316 francs de rente 3 0/0. — Bisannuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

Prix Henri Roger. — 500 francs de rente 3 0/0. — Ce prix sera décerné tous les cinq ans à l'auteur du meilleur ouvrage de médecine des enfants. — (Pathologie, hygiène ou thérapeutique). Cet ouvrage devra avoir au moins deux ans de publication.

Prix Saintour. — 2,218 francs de rente 3 0/0. — Bisannuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Stanski. — 900 francs de rente 4 1/2. — Ce prix, qui est bisannuel, sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de Médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

Prix Tremblay. — 1,442 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix doit être décerné tous les cinq ans à l'auteur du meilleur mémoire traitant des maladies des voies urinaires, telles que catarrhe de la vessie, affection de la prostate, plus particulièrement ces deux cas.

Prix Vernois. — 724 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

Prix François-Joseph Audiffred. — 24,000 francs de rente 3 0/0. Ce prix sera décerné à la personne sans distinction de nationalité, ni de profession, fut-ce un membre résidant de l'Académie qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 1er avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose, par l'Académie de Médecine.

PRIX UNE FOIS DONNÉS. — *Legs Demarquay.* — 100,000 francs. — Pour aider l'Académie à avoir un local digne d'elle.

Prix Saint-Lager. — 1,500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur : Je propose à l'Académie de Médecine une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix Saint-Paul. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25,000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphtérie.* Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné, tous les deux ans, par l'Académie aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphtérie lui auront paru mériter cette récompense.

Prix Nivet. — 3,000 francs. — Ce prix sera décerné, en 1898, à l'ouvrage manuscrit ou imprimé sur l'assainissement des casernes, hôpitaux, hospices, écoles, crèches, asiles et lycées.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Cette *Société*, l'une des plus anciennes de Paris, tient ses séances tous les vendredis, à 3 heures 1/2, à l'Ecole pratique, dans une salle placée au-dessus du Musée Dupuytren. C'est là que sont communiqués tous les cas intéressants observés dans les hôpitaux de Paris et que sont apportées toutes les pièces d'anatomie pathologique qui offrent des particularités remarquables. MM. Cornil, Gombault, Letulle, Brault, Achard, Pilliet, Chaput, Guinard et la plupart des jeunes chirurgiens fréquentent assidument les séances. Tous les deux ans, la *Société Anatomique* décerne le *Prix Godard.* Les membres-adjoints de la Société, les internes, les médecins, etc., peuvent concourir. Les étudiants qui liront les comptes rendus de la Société y trouveront de nombreux éléments pour leur thèse de doctorat ; les comptes rendus des séances sont publiés dans un *Bulletin spécial.* Président, M. Cornil, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté.

Aucune communication n'est faite sans pièces à l'appui. Cela évite toute discussion oiseuse, purement clinique, et on a de plus l'avantage de voir défiler sous ses yeux les cas les plus rares de l'anatomie pathologique provenant des hôpitaux de Paris, dont le matériel est d'une richesse incomparable.

Les pièces intéressantes sont gardées avec l'assentiment de leurs possesseurs, pour être placées dans les collections du Musée Dupuytren.

Il serait à souhaiter que le local de cette Société fut agrandi et que sa Bibliothèque put être installée d'une façon qui en permette l'accès. Car c'est l'une des réunions savantes les plus précieuses de Paris à cause de sa tradition sévèrement maintenue de ne faire que des présentations de fait, ce qui exclut les communications de métaphysique scientifique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La *Société de Chirurgie de Paris* se réunit tous les mercredis, à 3 heures 1/2, rue de l'Abbaye, n° 3. Elle se déclare en vacances pendant les mois d'août et de septembre. Tous ses membres titulaires

sauf de trop rares exceptions (1), appartiennent au corps chirurgical des hôpitaux civils et militaires de Paris. Les membres correspondants nationaux sont des célébrités chirurgicales de la province et ont la direction de services chirurgicaux importants (maisons de santé ou hôpitaux de nos grandes villes). — Président pour 1895, M. Charles MONOD; vice-président, M. Delens; secrétaires des séances, MM. Quénu et Brun; secrétaire général, M. Reclus; trésorier, M. Schwartz; archiviste, M. Reclus.

La Société de Chirurgie dispose de quatre prix: le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy et le prix Demarquay. Les deux premiers sont annuels, le troisième et le quatrième sont donnés tous les deux ans. Le prix Duval, de la valeur de 100 fr., a été fondé en 1854 à titre d'encouragement pour la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Sont seuls admis à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes titulaires dans les hôpitaux ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. Le prix Laborie, de la valeur de 1,200 fr., fondé en 1868, est décerné chaque année à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante. Le prix Gerdy, de la valeur de 2,000 fr., a été fondé en 1873. Le prix Demarquay est de la valeur de 650 fr. environ (intérêt d'une somme de 10,000 fr.). La Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents. Le sujet est toujours donné deux ans à l'avance.

Pour plus de détails, voir le premier fascicule annuel des *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*. Le *Progrès Médical* publie très régulièrement le compte rendu détaillé des séances de cette Société, une des plus importantes de Paris, la seule Société purement chirurgicale de France, en dehors de l'*Association française de Chirurgie*, qui se réunit tous les ans, et dont la dernière session vient d'avoir lieu à Paris du 19 au 26 octobre 1896.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

La *Société médicale des Hôpitaux* se réunit tous les vendredis, excepté le 1er vendredi de janvier, le Vendredi Saint, le 1er vendredi d'octobre et les 2 mois de vacances (août et septembre) qu'elle prend chaque année, dans la salle des séances de la Société de chirurgie, rue de l'Abbaye, 3 à 4 h.; ces séances sont publiques. Les membres de cette Société sont les médecins des hôpitaux civils et les médecins de l'armée ayant un service dans les hôpitaux militaires de Paris. Les uns et les autres présentent les faits curieux de leur service, et ces faits sont souvent l'occasion de discussions intéressantes, surtout lorsqu'ils ont trait à des sujets encore à l'étude. C'est ce qui arrive principalement lorsqu'une question générale est mise à l'ordre du jour; plusieurs membres de la Société traitent alors le sujet en détail et leurs mémoires sont discutés publiquement. Les comptes rendus des séances sont publiés régulièrement dans le *Progrès médical*. — Président pour l'année 1895. M. Hayem; vice-président, M. FERRAND; secrétaire général, M Rendu; secrétaires des séances, MM. Siredey et Legendre; trésorier, M. Moutard-Martin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Cette Société a été fondée en 1877 pour étudier et vulgariser toutes les questions d'hygiène. L'idée de ses fondateurs était d'appeler à collaborer à l'œuvre de véritable préservation sociale qu'elle entreprenait: les médecins, les physiciens et chimistes, les vétérinaires, les ingénieurs et architectes, les industriels, les administrateurs et les économistes, etc. Elle voulait créer en France un grand corps d'hygiénistes, d'ingénieurs sanitaires, qui ne se contenteraient pas d'une étude théorique mais qui aideraient à assurer pratiquement l'application des doctrines hygiéniques les plus certaines et des meilleures méthodes d'assainissement. Grâce à son active propagande, à l'organisation des Congrès d'Hygiène de Paris en 1878 et 1889, à la part qu'elle a prise aux Congrès internationaux dont elle a assuré la périodicité, on peut dire qu'elle a réussi; et quand on se rappelle l'exposition qu'elle avait organisée en 1886, avec le concours du Conseil municipal de Paris, et qu'on a vu cette année au Champ de Mars l'Exposition d'Hygiène à laquelle elle a pris encore une part active, on peut mesurer le chemin qu'elle a fait parcourir au *génie sanitaire* dans ces dix dernières années.

Elle a organisé l'année dernière un concours sur *les maladies évitables* et elle recherche actuellement de nouveaux moyens de vulgarisation des règles de l'hygiène. Depuis sa fondation elle a été présidée successivement par les représentants les plus éminents des sciences biologiques et des sciences économiques: Bouchardat, Gubler, H. Bouley, E. Trélat, J. Rochard, Brouardel, Wurtz, Proust, U. Trélat, Gariel, L. Colin, Grancher, Th. Roussel, Lagneau, Chauveau, Cornil, Levasseur, Pinard, Cheysson, Duclaux; et dirigée par ses actifs secrétaires (Lacassagne, H. Napias, A.-J. Martin).

Pour faire partie de la *Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle*, il faut être présenté par deux membres et payer la cotisation annuelle (30 francs).

Les séances ont lieu le *quatrième mercredi de chaque mois*, à l'Hôtel des Sociétés savantes. Les travaux de la Sté été sont publiés chaque mois par la *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*; le *Progrès médical* en fait un compte rendu régulier; réunis en bulletin annuel, ces travaux forment aujourd'hui 18 volumes.

Tout ce qui concerne la Société de Médecine publique doit être adressé au secrétaire général: M. le Dr Henri NAPIAS, 68, rue du Rocher (Paris).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Les séances de la *Société de Médecine légale* (second lundi du mois, à 4 heures, au Palais-de-Justice, salle d'audience des référés) constituent de très intéressantes conférences auxquelles les étudiants et les médecins trouveraient grand profit à assister.

Aux deux dernières Expositions universelles, un *Congrès international de Médecine légale* a été organisé par les soins de la Société. Les plus importantes questions y ont été traitées On en trouve le compte rendu dans un Bulletin spécial édité par l'Imprimerie nationale par les soins du ministère de l'agriculture et du commerce. Les Bulletins ordinaires de la Société sont publiés par J.-B. Baillière et fils. Un des collaborateurs du *Progrès médical* fait le compte rendu de chaque séance dans le numéro qui suit.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Fondée au lendemain de la guerre par un groupe de savants et d'amis de la science, l'*Association française* a vu sa prospérité s'accroître d'année en année. Le but des promoteurs de cette Société, parmi lesquels on pouvait compter Combes, Delaunay, Claude Bernard, Broca, Wurtz, Dumas, Frémy, de Quatrefages, pour ne citer que les morts, était de contribuer, par la diffusion des sciences, au relèvement moral du pays, accablé par des désastres immérités. Aider à leur progrès tant au point de vue de la théorie pure qu'au point de vue des applications pratiques, favoriser leur développement par des réunions scientifiques, des conférences, des dons en instruments et en argent, venir en aide aux savants dans leurs recherches, tel était le programme des fondateurs; tel a été le but poursuivi jusqu'à ce jour. Le petit noyau des adhérents s'est vite augmenté; en seize années leur chiffre est monté à cinq mille. Le capital s'élève aujourd'hui à environ 1,000,000 de francs. Chaque année des subventions importantes sont accordées aux travailleurs (12,000 francs pour l'année 1895). Le total des dons distribués à ce jour s'élève à plus de 280.000 francs. Dans le courant de 1887, l'Association scientifique, fondée par Leverrier, a fusionné avec sa sœur cadette, l'Association française, pour ne former qu'une seule et même société, n'ayant qu'une même pensée si bien exprimée par sa devise: « Par la Science, Pour la Patrie. »

L'Association tient chaque année un Congrès dans une des grandes villes de France; au début c'était Bordeaux qui offrait à la jeune Société l'hospitalité la plus brillante, puis Lyon, Lille, Nantes, Clermont-Ferrand, le Havre, etc. L'exposition de 1878 fut une occasion toute naturelle de se réunir à Paris; il en a été de même il y a sept ans, et le Congrès de 1889 a réuni un nombre exceptionnel de savants étrangers et de membres de l'Association. Le Congrès de 1896 a eu lieu à Tunis et celui de 1897 se tiendra à Saint-Etienne. La date officielle n'est pas encore définitivement arrêtée; la session aura lieu pendant la période des vacances.

En dehors de ces Congrès, où toutes les questions scientifiques peuvent être discutées dans 17 sections, l'Association s'efforce de faire connaître les progrès des sciences et de leurs applications dans des séries de conférences, les unes faites, pendant la durée des Congrès, les autres au siège social à Paris pendant l'hiver Parmi les conférences faites en 1896, rappelons celles de M. Alglave sur l'alcoolisme et le moyen de le combattre; de M. Ch. Richet sur la méthode en bibliographie et la classification décimale; de M. Brouardel sur Pasteur et son œuvre, etc.

Pour ces conférences, des cartes d'entrée sont attribuées à tous les membres de l'Association qui veulent les retirer au secrétariat; un certain nombre de cartes gratuites est mis chaque année à la disposition des étudiants des diverses Facultés par l'intermédiaire de l'Association des Etudiants.

La cotisation annuelle est de 20 fr. par an; cette cotisation peut être rachetée moyennant une somme de 200 fr. ou par dix versements annuels consécutifs de 30 fr. Les comptes rendus de l'Association sont publiés après chaque Congrès et forment annuellement deux beaux volumes in-8 de 1000 pages. Chaque Congrès

(1) Cette Société, qui est une Société fermée, s'honorerait certainement en admettant dans son sein les chirurgiens parisiens qui ne font pas partie du corps chirurgical des hôpitaux, et qui cependant ont un nom fort honorablement connu.

est analysé dans le *Progrès médical*, pour ce qui concerne les sciences médicales et l'hygiène. Le Jury des récompenses de l'Exposition universelle de 1889 a décerné un grand Prix à l'Association.

Le bureau de l'Association pour l'année 1896-97 est ainsi composé : *Président :* M. Marey (E.-J.), membre de l'Institut ; — *Vice-Président* : M. Grimaux, membre de l'Institut ; — *Secrétaire* : M. Blanc (Edouard) explorateur ; — *Vice-Secrétaire* : M. Laisant, répétiteur à l'Ecole Polytechnique ; — *Trésorier* : M. Galante (Emile), fabricant d'instruments de chirurgie ; — *Secrétaire du Conseil* : M. le Pr Gariel (C.-M.), professeur à la Faculté de Médecine ; — *Secrétaire adjoint du Conseil* : M. le Dr Cartaz, ancien interne des hôpitaux de Paris.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

La Société d'Hypnologie et de Psychologie, fondée en 1889, pour l'étude des applications cliniques, médico-légales et psychologiques de l'hypnotisme, se réunit le troisième lundi de chaque mois, au Palais des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente. Les séances en sont publiques et suivies assidûment par de nombreux étudiants.

Le bureau pour l'année 1896-97 est ainsi composé :

Président, M. Dumontpallier; vice-présidents, MM. Auguste Voisin et Boirac ; secrétaire général, M. Bérillon ; trésorier : M. Albert Colas ; secrétaires des séances : MM. H. Lemesle, Félix Regnault et Valentin ; comité de publication, MM. Babinski, G. Ballet, Déjerine ; commission de candidatures : MM. J. Voisin, Gelineau et Persac.

Les noms des membres d'honneur, élus par la Société depuis la fondation : MM. Azam, Brouardel, Brown-Séquard, Charcot, Lombroso, Liébeault, Mesnet, Charles Richet, Jules Soury, Hitzig, Enrico-Ferri, Tamburini, indiquent que les tendances scientifiques de la Société sont conformes aux plus saines traditions de la médecine philosophique.

Prix Liébeault. — La Société a reçu, de M. le Dr Liébeault, de Nancy, une somme de 830 francs pour la fondation d'un prix destiné à récompenser un travail, qui sera mis au concours par la Société d'Hypnologie, sur un sujet relatif à l'hypnotisme ou à la psychologie physiologique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Cette société fondée en 1796, se réunit les deuxième et quatrième samedi de chaque mois, dans la salle des séances de la Société de Chirurgie, 3, rue de l'Abbaye. Pour l'année 1896, le bureau a pour président : M. LATREIT DE LA CHARRIÈRE ; pour vice-président : M. BOULOUMÉ et pour secrétaire général : M. JULLIEN, etc., etc.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE.

Cette Société, fondée en 1890, a pour but l'étude de l'électricité dans ses rapports avec la biologie et la thérapeutique. Elle se réunit le troisième jeudi de chaque mois, à 8 h. 1/2 du soir, à la Mairie du Ier arrondissement. Elle publie tous les mois un bulletin officiel donnant *in extenso* les communications de ses membres et le compte rendu des séances. Le bureau est ainsi constitué pour 1894 : *Président* : M. D'Arsonval ; *Vice-président* : MM. Apostoli et Weiss : *Secrétaire général* : M. Labbé ; Secrétaire général adjoint : M. Sollier. *Secrétaires des Séances :* MM. Oudin, Grand, et Régnier. Le nombre des membres n'est pas limité. La cotisation annuelle est de 20 fr. dont sont déduits des cachets de présence de 1 fr. Les membres se divisent en membres résidants, non résidants et non residants étrangers. Le *Progrès Médical* donne le compte rendu analytique des séances de cette Société.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, D'HYDROLOGIE, ETC.

La *Société de Médecine de Paris*, la *Société d'Hydrologie* se réunissent, comme la *Société de Chirurgie*, rue de l'Abbaye, 3. Ce local, beaucoup trop exigu, ne permet qu'à un petit nombre d'auditeurs d'assister aux séances de ces savantes Sociétés, chose très regrettable, vu l'intérêt que présentent pour les étudiants les discussions très instructives sur les questions à l'ordre du jour. — Nous citerons encore la *Société médico-psychologique* qui se réunit le dernier lundi de chaque mois, rue de l'Abbaye, n° 3 ; — la *Société française d'Hygiène*, etc., dont le siège est au n° 44 de la rue de Rennes, qui tient ses séances le deuxieme vendredi de chaque mois ; — la *Société de Médecine clinique* ; — la *Société obstétricale et gynécologie de Paris*, séance le dernier vendredi du mois ; — la *Société de Médecine pratique de Paris*, fondée en 1808, séances le 1er et le 3e jeudi de chaque mois, à 3 h. 1/2, palais des Sociétés savantes, 26, rue Serpente. — Voir aussi *Enseignement de l'Anthropologie*). Les étudiants qui sont arrivés à la dernière année de leurs études assisteront avec fruit aux réunions de ces diverses Sociétés.

La *Société de Thérapeutique* se réunit à l'Hôtel des Sociétés savantes, le 2e et le 4e mercredi de chaque mois, de 4 à 6 heures. Le *Progrès* publie un compte rendu analytique des séances de cette Société. — Il existe encore d'autres *Sociétés médicales*, entre autres les *Sociétés d'Arrondissement*, qui n'ont qu'un intérêt secondaire pour les étudiants.

Prix de la Société médico-psychologique. — Prix proposés pour l'année 1897. — *Prix Aubanel.* — 2,000 francs. — Question : Les auto-indications dans leurs rapports avec les délires.

Prix Belhomme. — 600 francs. — Du langage chez les idiots.

Prix Esquirol. — Ce prix de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurables soutenues en 1895 et 1896 devant les Facultés de Médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

Nota. — Les mémoires manuscrits et imprimés pour les prix à décerner en 1897, devront être déposés le 31 décembre 1896, chez M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés ; ceux qui ne seront pas signés seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

ENSEIGNEMENT DE L'ANTHROPOLOGIE.

I. *Ecole d'Anthropologie de Paris.* Directeur : M. H. THULIÉ, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Reconnue d'utilité publique. — Ouverture des cours le lundi 9 novembre 1896.

Anthropologie préhistorique. — Synthèse palethnologique ou histoire des temps préhistoriques et protohistoriques.

Anthropologie pathologique. — Les maladies individuelles par troubles de la nutrition, par auto-intoxication. Leur rôle en anthropologie.

Ethnographie et Linguistique. — L'Evolution historique : Moyen âge et temps modernes

Ethnologie. — Les populations de la France : Eléments ethniques accessoires.

Anthropologie biologique. — Les sensations et les sens spéciaux dans leurs rapports avec les fonctions intellectuelle et instinctive (*suite*) : Le sens de l'ouïe et le sens de la vue.

Anthropologie zoologique. — Les rapports du transformisme avec l'hérédité.

Géographie anthropologique. — L'Asie : la terre et les hommes.

Anthropologie physiologique. — Le caractère.

Sociologie. — (Le programme et la date de l'ouverture de ce cours seront annoncés ultérieurement).

Ethnographie comparée. — Le culte des morts et la sépulture chez les peuples primitifs anciens et modernes.

Les cours sont publics et gratuits. Les auditeurs qui se font inscrire au commencement de l'année scolaire peuvent obtenir un Certificat d'assiduité délivré par le directeur et les professeurs dont ils ont suivi les cours.

Les principales leçons faites durant l'année scolaire paraissent dans la *Revue mensuelle de l'Ecole d'Anthropologie*, publiée par les professeurs. — Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain. (Abonnement annuel, 10 fr.).

L'Ecole d'Anthropologie possède une collection d'anatomie comparée et d'objets préhistoriques servant aux cours. Elle conserve en outre la précieuse série de cerveaux appartenant à la Société d'Autopsie. Ces cerveaux sont étudiés et moulés dans le laboratoire particulier de l'Ecole d'Anthropologie. Le Président de la Société d'Autopsie est M. le Dr J.-V. Laborde. Les autopsies sont faites sous la direction de MM. le Pr Mathias-Duval et Dr Laborde, par MM. le Dr Hervé et Mahoudeau. Les moulages sont faits par M. Flandinette.

II. *Société d'Anthropologie.* — Cette Société tient ses séances, qui sont publiques, le 1er et 3e jeudi de chaque mois, à 3 heures, au 3e étage du batiment du musée Dupuytren. On y traite les questions les plus variées d'anatomie humaine et comparée, d'ethnographie, de geographie médicale, de démographie, de linguistique, d'archéologie préhistorique, etc., en un mot, tous les faits se rapportant à l'histoire naturelle de l'homme. La Société distribue des instructions aux voyageurs et missionnaires scientifiques. Elle possède une bibliothèque (plus de 8.000 ouvrages) ouverte au public les lundis, mercredis et vendredis, de 1 heure à 4 heures. Président pour 1896 : A. LEFÈVRE. — Secrétaire général : Dr LETOURNEAU. — Secrétaires annuels : Dr RAYMOND et VIRÉ. — Le *Progrès*

médical donne le compte rendu des séances et l'analyse des questions qui touchent plus particulièrement à la médecine.

La Société publie un *Bulletin trimestriel* (abonnement annuel : 10 fr.) et des *Mémoires* (abonnement au volume : 16 fr.).

Musée Broca. — Ce musée est situé au 3e étage du bâtiment du Musée Dupuytren. Il appartient à la Société d'Anthropologie dont il renferme les collections, ainsi que celles du Laboratoire d'Anthropologie. Il possède environ 8.000 crânes et 200 squelettes humains, une importante collection de moulages de cerveaux, d'objets d'ethnographie et une grande quantité d'ossements et d'instruments préhistoriques. Il est ouvert au public les lundis, mercredis et vendredis, de 2 heures à 4 heures. Conservateurs : MM. Ed. CUYER et A. de MORTILLET.

III. *Laboratoire d'Anthropologie.* — Ce laboratoire, fondé par Paul Broca, fait partie de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes. Il occupe une partie du 3e étage du bâtiment du musée Dupuytren. Il comprend une salle de dissection, une salle d'anthropométrie, une salle de moulages et une salle d'histologie. Le Laboratoire d'Anthropologie est ouvert gratuitement aux docteurs français et étrangers ainsi qu'aux étudiants qui désirent y faire des recherches anatomiques pour la préparation des thèses de doctorat en médecine ou ès sciences naturelles. Des conférences techniques y sont faites aux personnes qui veulent s'initier aux recherches anthropologiques, et le personnel se met également à la disposition des investigateurs qui ont besoin de renseignements. — Directeur: Dr LABORDE. — Préparateurs : Th. CHUDZINSKI et Dr L. MANOUVRIER.

Association générale des Etudiants de Paris.
(Fondée en 1884.)

Reconnue d'utilité publique par décret du 25 juin 1891
41 et 43, rue des Ecoles, 41 et 43.

L'*Association générale des Etudiants de Paris* s'est donné pour but d'établir entre les élèves des Facultés et Ecoles supérieures de Paris des liens d'amitié et de solidarité ; elle a été reconnue d'utilité publique au mois de juin 1891. Son *siège social*, ouvert tous les jours de 8 heures du matin à minuit, comprend : 41, rue des Ecoles, 1er étage, salle de conférences et bureau du Comité; 2e étage, bibliothèque de médecine (dictionnaires Jaccoud et Dechambre ; anatomies de Sappey, Testut, Gegenbauer, Richet, Tillaux; ouvrages d'Armand Gautier, Gariel, Baillon, R. Blanchard, Charcot, Cornil, Bouchard, Dujardin-Beaumetz, Duplay et Reclus, etc.), bureau de l'administration; 3e étage, bibliothèque de droit, bibliothèque des prêts à domicile; 4e étage, bibliothèque de Pharmacie, bibliothèque des Sciences ; 5e étage, bibliothèques des Lettres et de l'Ecole coloniale, 43, rue des Ecoles, 3 salons de lecture, fumoir, laboratoire de photographie ; — salle d'armes, 4, rue des Carmes. 15.000 volumes, 60 journaux quotidiens, 103 revues, dont 40 de médecine. Echantillons d'ostéologie, de myologie, d'entomologie, microscope, droguier, herbier à la disposition des membres. Conférences pour le concours de l'internat et de l'externat, conférences pratiques d'accouchement sous la direction du Dr H. Lepage, ancien interne des hôpitaux. L'association assure en outre à ses membres un grand nombre d'*avantages matériels* (réductions de moitié à l'Odéon, la Gaîté, les Bouffes-Parisiens, le Vaudeville, les Menus-Plaisirs, la Renaissance, les concerts Lamoureux et Colonne, les cirques d'Hiver et d'Eté, le Chat-Noir, le Moulin-Rouge, etc.). Pour les avantages chez les fournisseurs (voir l'annuaire 1895-1896). Gymnastique, équitation, danse, canotage, jeux de plein air et vélocipédie. Elle publie un *Bulletin mensuel*, « *l'Université de Paris* », distribué gratuitement à ses membres. L'Association compte 6.500 *membres actifs inscrits*, 750 *membres honoraires*, parmi lesquels un grand nombre de professeurs à la Faculté de médecine, de médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux. Son *budget* annuel est de 50.000 francs, ses capitaux placés en valeur atteignent 45.000 francs. *L'administration* appartient exclusivement à un *Comité* d'étudiants français et majeurs nommés par les étudiants des différentes Ecoles (7 délégués pour la médecine). La *Section de Médecine* a un budget particulier de 400 francs. Elle dirige un *service de remplacements.* Pour faire partie de l'Association comme membre actif il faut présenter sa carte d'étudiant, signer une adhésion aux statuts, et verser une cotisation annuelle de 18 francs, payable en un seul versement, plus 2 fr. de droit d'entrée.

L'Association fait partie du programme nécessaire de l'étudiant qui vient se faire inscrire à l'Ecole de médecine. Elle fournit de bons instruments de travail, diminue les frais des étudiants qui ont des ressources modestes, leur prête de l'argent, sur la garantie de leur honneur, facilite les amitiés par un contact quotidien et protège les nouveaux venus à Paris contre cet isolement des premiers jours, si décourageant pour le travail et souvent de si mauvais conseil.

Association des Etudiants des Ecoles et Facultés de Province.

Un grand nombre d'Universités de province ont suivi l'exemple de Paris et ont fondé dans leur ville respective des associations organisées sur un plan analogue. C'est le cas pour Nancy — la première en date —, Montpellier, Lyon, Lille, Nantes, etc.

HOTEL DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Sociétés ayant leur siège à l'Hôtel des Sociétés Savantes : 28, rue Serpente et rue Danton.

Association française pour l'avancement des Sciences : Bureaux et Secrétariat. Président pour 1896, M. Marey, Secrétaire du Conseil, M. Gariel (C.-M.).

Société Entomologique de France : Séances les 2e et 4e mercredis de 8 à 10 heures du soir. Président, M. Giard. Secrétaire, M. J. Gazagnaire. Archiviste-Bibliothécaire, M. Léveillé.

Société de Médecine et de Chirurgie pratiques : Secrétariat. Séances tous les jeudis de 4 à 6 heures. — Président, M. le Dr Yves Ménard; Secrétaire général, M. le Dr Bardet.

Société de Médecine vétérinaire pratique : Séance le 2e mercredi du mois de 3 à 6 heures. Président, M. Fréjis; Secrétaire général, M. Rossignol.

Société Obstétricale et Gynécologique : Séances le 2e jeudi du mois de 4 à 6 heures. Président, M. le Dr Maygrier ; Secrétaire général, Dr Porak.

Société de Stomatologie : Séances le 3e lundi du mois de 8 à 10 h. du soir. President, M. le Dr Magitot. Secrétaire général, M. le Dr Galippe.

Société Médico-chirurgicale : Séances les 2e et 4e lundis de 4 à 6 heures. Président, M. le Dr Philbert. Secrétaire général, M. le Dr Tripet.

Société de Thérapeutique : Séances les 2e et 4e mercredis de 4 à 6 heures. Président, M. Reyniers. Secrétaire général, M. le Dr Constantin Paul.

Société d'Ophtalmologie de Paris : Séances le 1er mardi du mois de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du soir. Président, Dr Koch. Secrétaire général, Dr Despagnet.

Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle : Secrétariat. Séances le 4e mercredi du mois de 8 à 10 h. du soir. Président: M. Duclaux. Secrétaire général, Dr Napias.

Société d'Otologie et de Laryngologie : (date à fixer), Secrétaire : M. le Dr Et. Saint-Hilaire.

Société française d'Ophtalmologie : Secrétaire du Comité Dr Despagnet.

Société Astronomique de France : Séances le 1er mercredi du mois de 8 à 10 heures du soir. Président, M. Janssen. Secrétaire général, M. Camille Flammarion.

Association Polytechnique : Secrétariat. Séances le 1er jeudi du mois de 8 à 10 h. du soir. Président, Dr Brouardel. Secrétaire général, M. Malétras.

Société de Prévoyance et Chambre syndicale des Pharmaciens du Département de la Seine : Séances le 2e mardi du mois de 1 h. 1/2 à 4 heures. Président, M. de Mazière.

Association générale des Pharmaciens de France : Président, M. le Dr Petit. — Secrétaire général, M. Crinon.

Société Historique : Président, M. A. Sorel.

Institut des Actuaires français : Séance le 3e jeudi du mois de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du soir. Président, M. P. Guieysse. Secrétaire général, M. Marie.

Société française de Navigation aérienne : Séances les 1er et 3e jeudis du mois de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du soir. Président, M. P. Decauville. Secrétaire général, M. le Dr Hureau de Villeneuve.

Société de Statistique : Séances le 3e mercredi du mois de 9 à 11 h. du soir. Président, M. Yves Guyot. Secrétaire général, M. Yvernès.

Société d'Hypnologie et de Psychologie : Séance le 3e lundi de chaque mois, à 4 heures 1/2. Président, M. le Dr Dumontpallier Secrétaire général, M. le Dr Bérillon.

Société française de Numismatique : Président, M. Caron.

Société des Chefs d'Institution : Président, M. Ducroux.

Société amicale des anciens Elèves de l'Association Polytechnique : Président, M. Barré.

Société pour l'instruction et la protection des Sourds-Muets : Vice-président, M. E. Grosselin.

Association syndicale et professionnelle des médecins du département de la Seine : Président, M. le Dr Le Blond.

Association sténographique unitaire : Président, M. Fontaine.

Société pour la propagation des langues étrangères : Cours tous les soirs ; Directeurs. MM. Deniker et Schweitzer.

Œuvre de l'Orphelinat de l'Enseignement primaire : Président, M. Mézières.

Union des Syndicats médicaux de France : Président, M. le Dr Porson (de Nantes). — Vice-président, M. le Dr A. Le Blond.

Union des Etudiants hellènes à Paris : Séances le 1er jeudi de chaque mois.

Société française de Tempérance : Séance le 2e mardi de chaque mois à 4 h. 1/2. Secrétaire général, M. le Dr Philbert.

Société des Sciences psychiques : Séances les 1er et 3e mercredis du mois. Président : M. le chanoine Brettes.

Sociétés des Américanistes de Paris : Secrétaire général, M. Henri Cordier.

Association des Répétiteurs des lycées et collèges : Président M. L. Claustre.

Association Meusienne : Président, M. André Theuriet.

Société d'Apiculture et d'Insectologie : Séances le troisième mercredi de chaque mois, à 2 heures.

Revue générale internationale : Administrateur-gérant, M. Gastine.

Société de Sociologie de Paris : Séances le deuxième mercredi de chaque mois, à 8 heures du soir.

Association amicale des Elèves et anciens Elèves de l'Union française de la Jeunesse : Secrétariat.

ÉCOLES DENTAIRES DE PARIS.

I. Ecole dentaire de Paris.

(Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, reconnus d'utilité publique), 4, rue Turgot et 57, rue Rochechouart.

Président-Directeur : Ch. Godon.

Secrétaire général : Dr M. Roy.

Cette institution est la première Ecole professionnelle fondée en France en 1880. Elle se compose d'une Ecole pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour les malades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuellement et les ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix. *L'enseignement* est divisé en deux parties : l'une *théorique*, l'autre *pratique* ; il est médical et technique et réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 8 à 10 heures. *Cours de 1re année* : Physique, métallurgie et mécanique appliquées, chimie, anatomie, physiologie ; — *Cours de 2e année* : Anatomie, physiologie, histologie, micrographie, dissection, pathologie générale, thérapeutique et matière médicale ; — *Cours de 3e année* : Anatomie et physiologie dentaires humaines et comparées, histologie dentaire, application du microscope. Dissection. Pathologie spéciale : 1° maladies de la bouche ; 2° affections du système dentaire. Thérapeutique spéciale : 1° traitement, obturations, aurifications, extractions ; 2° anesthésie. Prothèse dentaire : 1° prothèse proprement dite ; 2° orthopédie dentaire, restaurations buccales et faciales, droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire. Professeurs : MM. Sébileau, Isch-Wall, Marié, Pinet, Grimbert, Serres, Blocman, Gillard, Godon, Poinsot, Viau, Ronnet, Roger, Lemerle, Heidé, Papot, Richard-Chauvin, Professeurs suppléants : MM. Barrié, Bonnard, Frey, Friteau, F. Jean, Martinier, Monnet, Roy, Sauvez, Touchard.

L'Ecole dispose d'un aménagement spécial pour l'enseignement pratique qui comprend trois sections :

1° *Cliniques* (Opérations immédiates au fauteuil). Consultations, extractions, anesthésie, prothèse et redressements, leçons cliniques. Professeurs : MM. Godon, Papot, Poinsot, Viau ; Professeurs suppléants : MM. Bonnard, Frey, F. Jean, Martinier, Sauvez et Touchard ; Chefs de clinique : MM. Bioux, d'Argent, Loup, Martial-Lagrange, Meng, Prest, Prével, Legret, Fanton-Touvet, Devoucoux.

2° *Dentisterie opératoire*. (Les salles qui y sont consacrées contiennent 60 fauteuils.) Nettoyage de la bouche, traitement de la carie dentaire et des différentes affections buccales du ressort de la clinique dentaire, démonstrations des différentes méthodes d'obturations et aurifications, dents à pivot, application des appareils de prothèse et redressements. Professeurs : MM. Heidé Lemerle et Ronnet, Richard-Chauvin ; Professeur suppléant : M. Barrié ; Démonstrateurs : MM. Arnold, Billebaut, Cecconi, Choquet fils, d'Almen, de Croës, Delaunay, de Lemos, Em. Denis, Duvoisin, Faloy, Fresnel, Joseph, Hirschberg, Jacowski, Jeay, Mahé, Martin, Paulme et Stévenin.

3° *Prothèse pratique*. A lieu, tous les jours, de 2 à 6 heures, dans un laboratoire où il y a une place pour chaque élève. Professeur : M. Gillard ; Professeurs suppléants : M. Martinier, Löwenthal. La reconnaissance implicite du diplôme qu'elle délivre après *trois années d'études*, par le décret du 27 juillet 1893, réglementant les conditions d'études de l'art dentaire est une preuve de la valeur de cette institution actuellement considérée comme *Ecole préparatoire au diplôme d'Etat*, pour lequel elle délivre les inscriptions réglementaires. Pour suivre les cours, il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 400 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes. — Pour tous renseignements, s'adresser à l'Administration, 4, rue Turgot, Paris.

II. Association de l'Ecole Odontotechnique (1).

Président du Conseil d'administration : H. Ducournau.

Cette association scientifique et philanthropique a été fondée en 1878 pour le relèvement scientifique et moral de l'art dentaire en France, et comporte comme mode d'action un enseignement théorique et pratique spécial représenté par une Ecole dentaire avec dispensaire gratuit pour les maladies des dents. Son siège social est rue de l'Abbaye, n° 3.

Dès son début, cette Ecole dentaire s'est placée sous le haut patronage d'un conseil scientifique composé d'hommes éminents, tels que MM. les professeurs Brouardel, Richet, Sappey, Guyon, Duplay, Fournier, Proust, Gariel, Tillaux.

Ecole et Clinique dentaires.

Directeur : M. Ed. Damain. — Sous-Directeur : M. Vizioz. — Inspecteur : M. le Dr Mora.

Professeurs de Clinique : Lundi, M. Burt. — Mardi, M. Insall, Mercredi M. Saint-Hilaire, M. Goldenstein, M. Quénot, professeur suppléant. — Jeudi, M. Ducournau. — Vendredi, M. Hivert, M. Neech (H.-C.), professeur suppléant. — Samedi, M. Hotz.

Chefs de Clinique : MM. Zula, Possicelski, Berlioz, Bruel, Astié (G.), Bénazet.

Professeurs de Prothèse : M. Maleplate, mercredi et samedi à 10 heures. Chef de clinique, M. Grégory, M. Diviani, mercredi et samedi, de 8 à 10 heures.

Professeurs de Dentisterie opératoire (cours théoriques et pratiques) : M. Brigiotti, lundi, de 8 à 9 h. — M. Weber, mardi, de 8 à 9 h. — M. Spaulding, professeur, jeudi, de 8 à 9 h. — M. Amoedo, professeur suppléant, vendredi, de 8 à 10 h. — M. Franchette, professeur les mardi, jeudi et samedi, de 8 à 10 h. — MM. le Dr Queudot, professeur, Bertrand, professeur suppléant, les lundi, mercredi et vendredi, de 8 à 10 heures.

Chefs de Clinique : MM. Astié (H.), Frison (M.), Vauthier (H.).

Cours théoriques du soir (de 8 à 10 heures).

Professeur d'Anesthésie : M. Darin, lundi à 9 heures (3e année). — M. le Dr Rovillain, professeur suppléant. — *Pathologie et thérapeutique buccales* : M. le Dr Damain, professeur ; M. le Dr Grattery, prof. suppléant. mardi à 9 heures. — *Anatomie et physiologie* : M. le Dr Rousseau, professeur, jeudi et lundi à 8 heures ; M. le Dr Lyon, professeur suppléant. — *Physique, chimie*, etc., M. le Dr Viron, mercredi à 8 h. ; M. Charon, professeur suppléant. *Pathologie et thérapeutique dentaires* : MM. Queudot et Hivert, mercredi à 9 heures. — *Mécanique et Prothèses dentaires* : M. Anjubault. jeudi à 9 h. — Mardi à 8 h. *Pathologie et thérapeutique générales* (Eléments de) : MM. le Dr Damain, professeur et le Dr Grattery, professeur suppléant, mardi à 8 heures. — *Dissection :* M. le Dr Rousseau et M. le Dr Lyon, le vendredi. — *Micrographie* : M. le Dr Damain, le vendredi ; professeur suppléant, M. Franchette. — *Bactériologie* : M. le Dr Damain, avec la collaboration de M. Franchette. — *Mécanique et physique appliquées* : M. Franchette, professeur. — *Hygiène et Déontologie* : M. le Dr Mora, le samedi, à 8 heures.

Laboratoire de Prothèse : Tous les jours, de 2 h. à 6 h. du soir. Mercredi et samedi, de 8 à 10 h. du matin.

Bibliothécaires et Conservateurs du Musée : M. Vizioz.

A cette école se trouve adjointe une société savante dite *Société Odontologique*, qui se réunit le premier mardi de chaque mois. Elle est composée de membres adhérents et correspondants, et a pour président M. le Dr Queudot.

(1). Reconnue comme *établissement d'utilité publique* par décret du 22 mars 1892.

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL DE LA MÉCANIQUE ORTHOPÉDIQUE, PROTHÉTIQUE ET HERNIAIRE

Siège : Mairie du IIe Arrondissement, 8, rue de la Banque.

Cours gratuits (1).

COURS DE MÉCANIQUE APPLIQUÉE A LA CONSTRUCTION DES APPAREILS ORTHOPÉDIQUES, PROTHÉTIQUES ET HERNIAIRES.

Professeur : M. Henri ALEXANDRE, ingénieur des Arts et Manufactures.

1re Leçon : Introduction à l'étude des principes théoriques. Considérations générales. — 2e Leçon : Géométrie. Lignes, angles, triangles, perpendiculaires, circonférences, tangentes. — 3e Leçon : Géométrie (*Suite*) Lignes proportionnelles. Figures semblables. Polygones réguliers. Surfaces. — 4e Leçon : Géométrie (*fin*). Plans, angles, dièdres, angles trièdres, polyèdres. Surfaces latérales, volumes, courbes usuelles. — 5e Leçon : Dessin technique. Instruments employés. Conventions adoptées. Lecture d'un dessin. Echelle. Relevé d'un appareil. Réduction. Augmentation. — 6e Leçon : L'atelier. 1° Au point de vue moral ; 2° Au point de vue de l'outillage ; gros outillage ; outillage de précision ; outillage à la main. — 7e Leçon : Matières premières entrant dans la construction des appareils. Origine et propriétés particulières. — 8e Leçon . Matières premières entrant dans la construction des appareils. Leur application, leur mode d'emploi. — 9e Leçon : Le travail à l'atelier. Forge, trempe, ajustage, tour. — 10e Leçon : Mécanique statique. Forces, composition des forces. Moments. Application des forces. — 11e Leçon : Mécanique (*Suite*) statique (*fin*). Centres de gravité Conditions d'équilibre. Des machines simples : leviers, pouliers, treuil, etc. — 12e Leçon : Mécanique (*fin*) cinématique. Mouvements. Composition des mouvements. Vitesse. Accélération. Rotation. Composition des rotations. Applications simples.

COURS DE TECHNOLOGIE.

M. Emile ADT, professeur, ingénieur des Arts et Manufactures, Sous-Inspecteur des Constructions métalliques au Chemins de fer de l'Est.

N. B. — S'adresser au Président Georges Wickham, à la Mairie du IIe arrondissement, 8, rue de la Banque, et au Secrétaire, M. E. Lamy, 4, carrefour de l'Odéon, pour obtenir une carte d'admission, ou à l'Ecole, 23, rue Cujas, aux jours et heures des cours. Les cartes délivrées pour les Cours précédents seront valables pour le Cours de l'année 1896-97. Les Cours ont lieu les lundis et vendredis, à 8 h. 1/2 du soir.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Doyen : M. le Pr MAIRET.

ANNÉE SCOLAIRE 1896-97.

Semestre d'hiver. — Cours.

Du 3 novembre au 15 mars.

Anatomie : M. GILIS, professeur. Anatomie topographique : thorax, abdomen, bassin. — *Anatomie* : M. MOURET, chef de travaux. Anatomie descriptive. Centres nerveux. Grand sympathique. — *Anatomie* : M. ITIÉ, prosecteur. Anatomie descriptive. Arthrologie. Myologie — *Physiologie* ; M. DELEZENNE, agrégé. Physiologie générale de la cellule. Les sécrétions. Le sang et la lymphe. — *Physique biologique* : M. IMBERT, professeur. Phénomènes physiques dans les fonctions de relation. — *Pathologie externe* : M LAPEYRE, agrégé. Maladies des voies urinaires. Maladies des organes génitaux de l'homme. — *Accouchements* : M. VALLOIS, agrégé. Accouchement normal. — Délivrance. — Suites de couches normales et pathologiques. — Manœuvres obstétricales. — *Pathologie générale* : M BAUMEL, agrégé. Etiologie générale. Processus morbides communs. — *Pathologie interne* : M. DUCAMP, professeur. Maladies de l'estomac, de l'intestin et du péritoine. — *Anatomie pathologique* : M. Bosc, agrégé, chargé. Les maladies infectieuses. — *Thérapeutique et matière médicale* : M. HAMELIN, professeur. Médications s'adressant à l'état des forces et à la nutrition. (Indications et agents médicamenteux.) — *Histoire naturelle médicale* : M. GALAVIELLE, agrégé. Parasitologie. — *Chimie pathologique et pharmacologie* : M. MOITESSIER, agrégé. Conférences et exercices de chimie clinique. — *Physique pathologique* : M. LECERCLE, agrégé. Electrothérapie à l'hôpital, le dimanche.

(1) Sous le patronage de la *Chambre syndicale des Instruments et appareils de l'art médical*.

Semestre d'été. — Cours.

Du 16 mars au 31 juillet.

Histologie : M. VIALLETON, professeur. Embryologie générale. Les tissus. — *Physiologie* : M. HÉDON, professeur. Physiologie des centres nerveux. — *Chimie biologique* : M. VILLE, professeur. Chimie des liquides et des tissus de l'organisme. — *Physique biologique* LECERCLE, agrégé. Chaleur animale. Electro-physiologie — *Pathologie externe* : M. DE ROUVILLE, agrégé. Plèvre, poumons, foie, anus et rectum. — *Médecine opératoire* : M. ESTOR, professeur. Chirurgie des artères et des veines. — *Pathologie interne* : M. SARDA, agrégé. Maladies du cœur et des vaisseaux. — *Microbiologie* : RODET, professeur. Le sujet sera indiqué ultérieurement. — *Hygiène* BERTIN-SANS, professeur. Hygiène de l'école et hygiène de la ville. — *Médecine légale* : M. SARDA, agrégé, chargé. Les aliénés devant la loi civile et devant la loi pénale. Maladies simulées et maladies di simulées. — *Histoire naturelle médicale* : M. GRANEL, professeur. Maladies microbiennes communes à l'homme et aux animaux. — *Chimie pathologique et pharmacologie* : M. MOITESSIER, agrégé. Conférences et exercices de chimie clinique. — *Physique pathologique* : M. LECERCLE, agrégé. Electrothérapie, le dimanche, à l'hôpital.

Cliniques.

Clinique interne : MM. GRASSET et CARRIEU. — *Clinique externe* : MM. TÉDENAT et FORGUE. — *Clinique obstétr. et gynécologique* : M. GRYNFELLT. — *Maladies mentales et nerveuses* : M MAIRET — *Maladies des yeux* : M. TRUC.

CLINIQUES ANNEXES (*Hiver* et *Eté*).

Maladies des vieillards : M. ESPAGNE, agrégé libre. — *Maladies des enfants* : M. BAUMEL, agrégé ch.. — *Maladies syphilitiques et cutanées* : M. BROUSSE, agrégé ch... — *Chirurgie des enfants et vieillards* : M. ESTOR, professeur.

CLINIQUES PROPÉDEUTIQUES (*Hiver* et *Eté*).

Médecine : M. RAUZIER, agrégé. — *Chirurgie* : M. DE ROUVILLE, agrégé. — *Maladies syphilitiques et cutanées* : M. BROUSSE, agrégé ch. — *Accouchements, Maladies des femmes* : M. GRYNFELLT, profes. — *Maladies des yeux* : M. TRUC, professeur. — *Maladies des enfants* : M. BAUMEL, agrégé. — *Maladies des vieillards* : M. SARDA, agrégé. — *Maladies de larynx, nez et oreilles* : M. HÉDON, prof.

Travaux pratiques obligatoires.

Anatomie : M. MOURET, agrégé, chef des travaux. Tous les jours, 1re année : le matin ; 2e année : de 1 à 3 h. — *Anatomie pathologique* : M. POUJOL, chef des travaux. Exercices au laboratoire (de midi à deux heures), 4e année. — *Physique appliquée à la clinique* : M. IMBERT et M. H. BERTIN, professeurs. Electrothérapie dans les hôpitaux. — *Chimie appliquée à la clinique* : M. MOITESSIER, chef de laboratoire. Exercices de chimie clinique, le matin, à l'hôpital. — *Ophtalmologie* : MM. IMBERT et TRUC, professeurs. Institut ophtalmologique : lundi et vendredi (hiver et été). — *Histologie* : M. COMBRES, chef des travaux. Laboratoire d'histologie, 1re année, 2e et 3e année. — *Physiologie* : M. DELEZENNE, chef des travaux. Salle spéciale de travaux, 1re an., 2e et 3e année. — *Physique biologique* : M. GAGNIÈRE, chef des trav. Institut de biologie (1re an.). — *Chimie biologique* : M. DESCOMPS, chef des travaux. Institut de biologie (1re an.) — *Médecine opératoire* : M. MOURET, chef des travaux. Pavillon anatomique (4e an.). — *Microbiologie* : M. N..., chef des travaux. Laboratoire de bactériologie (4e an.) — *Histoire naturelle médicale* : MM. GRANEL, GALAVIELLE. L'institut de botanique et de zoologie (4e an).

Sages-Femmes.

2e Année : M. GRYNFELLT, professeur. Théorie et pratique des accouchements. — 1re année : M. PUECH, agrégé. Anatomie et physiologie élémentaires. Pathologie élémentaire.

Division des études.

SEMESTRE D'HIVER. — 1re *Année* : Cours d'Anatomie, de Physique biologique, de Physiologie ; Trav. pratiques d'Anat., de chimie biolog. — 2e *Année* : Cliniques ; Cours d'Anatomie, de Physique biologique, de Physiologie ; Travaux pratiques d'Anatomie. — 3e *Année* : Cliniques ; Cours d'Anatomie, de Physiologie, de Pathologie interne, de Pathologie externe, de Pathologie générale ; Travaux pratiques d'Anatomie. — 4e *Année* : Cliniques ; Cours de Pathologie interne, de Pathologie externe, de Pathologie générale, d'Accouchements, d'Anatomie pathologique, de Thérapeutique et Matière médicale ; Travaux pratiques d'Anatomie pathologique.

SEMESTRE D'ÉTÉ. — 1re *Année* : Cliniques ; Cours d'Histologie, de Physiologie, de Chimie biologique ; Travaux pratiques d'Histologie, de Physiologie, de Physique biologique, de Chimie biologique. — 2e *Année* : Cliniques ; Cours d'Histologie, de Physiologie, de Chimie biologique, de Pathologie interne, de Pathologie externe ; Travau

pratiques d'histologie, de Physiologie. — 3e *Année* : Cliniques; Cours d'Histologie, de Physiologie, de Médecine opératoire, de Pathologie interne, de Pathologie externe; Travaux pratiques de Physiologie. — 4e *Année* : Cliniques ; Cours de Pathologie interne, de Pathologie externe, de Médecine opératoire, de Microbiologie, d'Hygiène, de Médecine légale, d'Histoire naturelle médicale; Travaux pratiques de Médecine opératoire.

Renseignements divers.

Le *Musée anatomique* et le *Musée d'hygiène* sont ouverts aux élèves le premier tous les jours, de midi à 4 h., le second les lundi, mercredi et vendredi, de 2 à 4 h. — Le *Conservatoire du Jardin des plantes* est ouvert aux élèves tous les jours de midi à 4 heures. — La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de midi et demi à 6 heures et le soir, de 8 heures à 10 heures. — *Inscriptions trimestrielles* : Elles sont reçues au Secrétariat tous les jours, de 2 heures à 4 heures, du 3 au 20 novembre, et pour les trimestres de Janvier, Avril et Juillet, dans la première quinzaine de ces mois, — *Déclarations d'examens*. Elles sont reçues tous les jours, le samedi excepté, entre 2 heures et 4 heures, en vue des examens de la semaine suivante.

Prix décernés annuellement par la Faculté.—Prix de 1re année. Médaille d'argent et 100 francs de livres. — Prix de 2e année, Médaille d'argent et 100 francs de livres. — Prix de 3e année, Médaille d'argent et 185 francs de livres. — Prix de 4e année, Médaille d'argent et 185 fr. de livres. — Prix Fontaine, 423 francs. Somme délivrée à l'auteur de la meilleure thèse de doctorat. — Prix de la Ville de Montpellier, 200 francs. (Somme délivrée à l'élève qui a accompli la meilleure scolarité de doctorat). — Prix Bouisson, rente de 100.000 fr. divisée également entre cinq élèves méritants ayant fait toutes leurs études (thèse comprise) à la Faculté de Montpellier.

Montpellier, 19 octobre 1896

Mon cher Rédacteur en chef,

L'année qui vient de s'écouler a marqué les progrès que subit notre Faculté : le nombre de nos thèses, qui était de 60 en moyenne, s'est élevé à 82 pour l'année 1895-96 ; de plus la moyenne des notes obtenues aux examens est notablement supérieure à celle des années précédentes, témoignant ainsi de la solidité plus grande de l'instruction médicale de nos élèves. Quatre d'entre eux ont été admis à l'Ecole de santé militaire de Lyon.

Au point de vue de l'outillage scientifique, nous commençons l'année dans d'excellentes conditions : la construction de l'Institut de Biologie se poursuit très activement; le grand amphithéâtre a été très élégamment restauré ; le laboratoire de médecine légale a été réparé et agrandi ; l'année ne s'écoulera probablement pas sans que soit commencée la construction de la clinique d'accouchements et de gynécologie.

Le personnel enseignant a subi quelques modifications. Deux professeurs aussi éminents que sympathiques, MM. Dubrueil et Paulet, ont pris leur retraite au commencement de la dernière année scolaire. M. Forgue a quitté la chaire de médecine opératoire pour passer à celle de clinique chirurgicale. M. Gilis a été nommé professeur d'anatomie, M. Ducamp, professeur de pathologie interne, et M. Estor, professeur de médecine opératoire. Enfin, le Ministre vient de nommer, il y a quelques semaines, M. Rodet (de Lyon) chargé du cours de microbiologie. Le prochain Congrès français de Médecine aura lieu à Montpellier en avril 1898.

Au moment où va entrer en vigueur la nouvelle loi sur les Universités, notre Faculté, augmentant sans cesse ses moyens d'enseignement, peut regarder l'avenir avec confiance et se montrer digne de son renom plusieurs fois séculaire.

Veuillez agréer, mon cher Rédacteur en chef, mes cordiales salutations. Dr X...

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE PARIS. — *Prix Alfred Guillon*. — La Société de médecine et de chirurgie pratiques de Paris rappelle qu'elle décernera, à la fin de l'année 1896, une médaille d'or de la valeur de 150 francs à l'auteur du meilleur travail, *manuscrit ou imprimé*, paru dans l'année, sur les maladies des voies urinaires, chez l'homme ou chez la femme. Les mémoires devront être envoyés, avant le 1er décembre, à l'hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente, à Paris, sous le couvert de la *Société de Médecine et de Chirurgie pratiques*, ou à M. le Dr Dignat, secrétaire général de la Société, 14, avenue Carnot, à Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

Doyen : M. le Pr HEYDENREICH

ANNÉE SCOLAIRE 1896-1897.

Cliniques, Cours et Travaux pratiques.

Semestre d'Hiver. Du 3 Novembre au 15 Mars.

Cliniques. — Clinique médicale : M. BERNHEIM, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures. — Clinique médicale : M. SPILLMANN, prof., à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. — Clinique chirurgicale : M. GROSS, professeur, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. — Clinique chirurgicale : M. HEYDENREICH, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. — Clinique obstétricale : M. A. HERRGOTT, professeur, à la maison de secours, mardi, jeudi samedi, à 8 heures.

Cliniques complémentaires. — Maladies des yeux : M. ROHMER, agrégé libre, à l'hôpital civil, mercredi, vendredi, à 11 heures. — Maladies syphilitiques et cutanées : M. FÉVRIER, agrégé, à la maison de secours, mercredi, à 10 h. ; vendredi, à 4 h. — Maladies des enfants. M. HAUSHALTER, agrégé, à l'hôpital civil, lundi, jeudi, à 11 h. — Maladies des vieillards : M. P. PARISOT, agrégé libre, hospice St-Julien, mardi, samedi, 11 h.

Cours. — Anatomie descriptive : M. NICOLAS, professeur. Splanchnologie, mardi, jeudi, samedi, à 10 h. 3/4. — Histologie: M. PRENANT, professeur. Organes, lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures. — Pathologie externe : M. WEISS, professeur. Maladies du thorax, du crâne, de la face et du cou, mardi, jeudi, samedi, à 5 h. — Médecine légale : M. DEMANGE, professeur. Questions relatives à la génération. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. — Thérapeutique et matière médicale : M. SCHMITT, professeur. Agents physiques et naturels (*suite*). Indications tirées des troubles de l'appareil digestif et de ses annexes. Traitement des maladies de l'estomac, de l'intestin, du foie et du pancréas. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h. — Hygiène : M. MACÉ, prof. Hygiène professionnelle et industrielle. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h.

Cours complémentaires et conférences. — Accouchements (cours comp.) : M. SCHUHL, agrégé. Eutocie et dystocie, lundi, mercredi, à 4 h. — Anatomie : M. JACQUES, agrégé. Système uro-génital. Mardi, jeudi, à 4 heures. — Bandages et appareils : M. FRŒLICH, agrégé. lundi, à 5 h. — Bactériologie : M. HAUSHALTER, agrégé. Applications de la bactériologie à la clinique, mercredi, à 3 h. — Diagnostic médical : M. ÉTIENNE, agrégé, vendredi, à 5 heures. Chimie biologique : M. GUÉRIN, agrégé. Principes constitutifs des êtres vivants. Les aliments; la digestion; le sang; les matières albuminoïdes, mardi, samedi, à 9 h. 1/2. — Démonstrations d'anatomie pathologique : M. ZILGIEN, agrégé. Autopsies. — Electrothérapie : M. GUILLOZ, agrégé. Applications pratiques, mardi, jeudi, samedi, à 10 heures.

Travaux pratiques obligatoires. — Dissections : M. JACQUES, agrégé, tous les jours, de 1 h. 1/2 à 5 h. — Anatomie pathologique : M. BARABAN, professeur. Questions spéciales d'anatomie pathologique, mardi, jeudi, de 2 h. à 4 h. — Histologie : M. PRENANT, prof. Technique, lundi, de 8 h. à 11 h. Démonstrations, mercredi, jeudi vendredi, de 8 heures à 10 heures; jeudi, de 1 h. 1/2 à 4 heures.

Semestre d'Été. Du 16 Mars au 31 Juillet.

Cliniques. — Clinique médicale : M. BERNHEIM, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. — Clinique médicale : M. SPILLMANN, professeur, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. — Clinique chirurgicale : M. GROSS, professeur, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures. — Clinique chirurgicale : M. HEYDENREICH, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. — Clinique obstétricale : M. A. HERRGOTT, professeur, à la maison de secours, mardi, jeudi, samedi, à 8 h.

Cliniques complémentaires. — Maladies des yeux : M. ROHMER, agrégé libre, à l'hôpital civil, lundi, vendredi à 10 h. — Maladies syphilitiques et cutanées : M. FÉVRIER, agrégé, à la maison de secours, mercredi, 10 heures ; samedi, 5 heures. — Maladies des enfants: M. HAUSHALTER, agrégé, à l'hôpital civil, lundi, jeudi, à 11 h. — Maladies des vieillards : M. P. PARISOT, agrégé libre, à l'hospice Saint-Julien, mardi, samedi, à 11 h.

Cours. — Chimie médicale et toxicologie : M. GARNIER, prof. Liquides et produits d'excrétion : urines, larmes, sueur, mucus. Reproduction : œuf, sperme, lait, mardi, samedi, à 11 heures; jeudi, à 9 h. — — Physique médicale : M. CHARPENTIER, professeur. Calorification et travail mécanique chez les êtres vivants. Electro-physiologie, mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. — Histoire naturelle médicale : M. VUILLEMIN, professeur. Caractères distinctifs des parasites de l'homme, mercredi, jeudi, à 10 h. 3/4. — Physiologie : M. MEYER, professeur. Sang. Respiration. Circulation, lundi, mercredi. vendredi, à 5 h. — Médecine opératoire : M. CHRÉTIEN, professeur. Opérations qu'on pratique sur l'appareil digestif, lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. — Anatomie pathologique : M. BARABAN, professeur. Questions générales d'anatomie pathologique, lundi, mercredi, vendredi, à 3 h.

— Pathologie générale et pathologie interne : M. SIMON, professeur. Maladies de la moelle épinière, mardi, jeudi, samedi, à 4 h.

Conférences. — Accouchements : M. SCHUHL, agrégé. Opérations obstétricales, lundi, vendredi, à 5 heures. — Bactériologie : M. HAUSHALTER, agrégé. Applications de la bactériologie à la clinique, mardi, à 3 heures. — Physiologie : M. LAMBERT, agrégé, lundi, à 2 h. — Diagnostic chirurgical : M. FRŒLICH, agrégé, jeudi, à 5 heures. — Maladies mentales : M. P. PARISOT, agrégé libre, samedi, à 3 h. — Electrothérapie : M. GUILLOZ, agrégé. Applications pratiques, mardi, jeudi, samedi, à 10 heures.

Travaux pratiques obligatoires.— Chimie médicale : M. GARNIER, professeur. Analyse des urines, du lait, du suc gastrique, etc.; dosages volumétriques. Etude des corps organiques azotés : matières albuminoïdes, acides amidés et amides, substances alcaloïdiques, composés prussiques, etc. Lundi, mercredi, vendredi, de 7 à 10 h. — Physique médicale : M. GUILLOZ, agrégé. Applications cliniques de la physique. Mercredi, à 5 h. — Médecine opératoire : M. FÉVRIER, agrégé. Mardi, jeudi, 5 à 7 h. — Physiologie : M. MEYER, professeur. Exercices pratiques et démonstrations de physiologie (voir l'affiche spéciale); LAMBERT, agrégé. Exercices pratiques et démonstrations de physiologie (voir l'affiche spéciale). — Anatomie pathologique : M. BARABAN, professeur. Questions spéciales d'anatomie pathologique. Mardi, jeudi, de 2 h. à 4 h. — Histoire naturelle médicale : M. VUILLEMIN, professeur. Reconnaissance des parasites. Vendredi, samedi, à 7 heures.

Doyen honoraire : M. TOURDES. — *Professeurs honoraires* : MM. TOURDES, COZE, HERRGOTT, HECHT, BEAUNIS.

Prix décernés par la Faculté.

La Faculté décerne les prix suivants à la suite de concours distincts pour chacune des années d'études. — Prix universitaires (lettre ministérielle du 26 mars 1896) : 1° Prix d'anatomie et histologie, 1 médaille d'argent et 100 francs de livres. Les élèves de 2e année (nouveau régime) et les élèves de 3e année (ancien régime) sont seuls admis à concourir. — 2° Prix de physiologie, 1 médaille d'argent et 100 fr. de livres. Les élèves de 2e année (nouveau régime et les élèves de 3e année (ancien régime) sont seuls admis à concourir. — 3° Prix de chirurgie et accouchements. 1 médaille d'argent et 185 fr. de livres. Les élèves de 4e année sont seuls admis à concourir. — 4° Prix de médecine. 1 médaille d'argent et 185 fr. de livres. Les élèves de 4e année sont seuls admis à concourir. — Les lauréats auront droit au remboursement des droits d'inscriptions versés par eux dans le courant de la dernière année scolaire. (Arrêtés des 20 février, 10 avril et 30 mai 1854.) Prix de thèse de 325 fr. (donné par le Conseil général de Meurthe-et-Moselle et la ville de Nancy). Prix de l'Internat — dit prix Bénit — de 233 fr. Prix Rutter, de 800 francs, attribué tous les deux ans au meilleur travail original de chimie médicale, fait dans un laboratoire de la Faculté de médecine de Nancy, par un élève ou ancien élève de cette Faculté. (Ce prix sera décerné en 1897.)

Tout étudiant qui se présente pour prendre sa première inscription est tenu de déposer au secrétariat : 1° une expédition légalisée de son acte de naissance ; 2° s'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur ; ce consentement doit indiquer le domicile de son père ou de son tuteur; 3° un certificat constatant qu'il a été soumis à une revaccination faite sous le contrôle de la Faculté (des renseignements complémentaires seront donnés au secrétariat) ; 4° le diplôme ou certificat de bachelier de l'enseignement secondaire classique avec la mention : *lettres philosophie*, et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. — Les *Inscriptions* seront reçues tous les jours, de 10 heures à midi, du lundi 26 octobre au samedi 7 novembre, et pour les trimestres suivants, du 1er au 10 janvier, du 16 au 21 mars, du 1er au 10 juillet. — Les *Consignations* pour les examens seront reçues tous les jours, à dater du lundi 26 octobre, de 10 heures à midi. Les Jurys d'examen fonctionneront à dater du 3 novembre. — Les *Cours* et les *Travaux pratiques* commenceront le 3 novembre.

Gratuité d'inscriptions. — Les demandes en vue de la dispense des droits d'inscriptions sont adressées au Doyen de la Faculté, du 15 octobre au 1er novembre (art. 1er de l'arrêté du 31 mars 1887). — Elles sont accompagnées : d'un état certifié par le maire, énonçant la situation de fortune de l'étudiant et de sa famille ; s'il s'agit d'inscriptions de première année, d'un extrait du dossier scolaire certifié par le Chef ou les Chefs des établissements d'enseignement secondaire où le postulant a fait ses deux dernières années d'études ; s'il s'agit d'inscriptions de 2e, de 3e ou de 4e année, d'un certificat d'assiduité aux cours et aux travaux pratiques de l'année précédente, délivré par les Professeurs et Chefs de travaux pratiques compétents (Idem, art. 2).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. DUPLAY, professeur de clinique chirurgicale, est dispensé du service des examens pendant l'année scolaire 1896-1897.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY.

ANNÉE SCOLAIRE 1896-1897.

Semestre d'hiver. (3 *novembre* au 15 *mars*).

Cours.

Chimie : M. MESLANS, agrégé, chimie minérale, métaux. Jeudi, à 10 h. 1/2; samedi, à 2 h. 1/2. — *Toxicologie et physique* : M. SCHLAGDENHAUFFEN, étude des poisons et des empoisonnements, mercredi, vendredi, à 9 heures ; physique appliquée à la pharmacie, lundi, à 9 heures. — *Histoire naturelle* : M. BLEICHER, notions de zoologie appliquée à la pharmacie, lundi, mercredi, vendredi, à 10 h.

Cours complémentaires et Conférences.

Hydrologie et minéralogie : M. KLOBB, chargé du cours, étude des minéraux les plus usuels, des eaux potables et des eaux minérales, mercredi, vendredi, 11 h. — *Botanique :* M. BRUNOTTE, agrégé, cryptogamie : algues et spécialement bactéries, mercredi 5 h.; Anatomie et physiologie végétales, vendredi, 5 h.

Travaux pratiques.

Micrographie générale : MM. BLEICHER-BRUNOTTE, élèves de 2e année, vendredi, 2 à 5 h. — *Pharmacie galénique :* MM. DELCOMINÈTE-KLOBB, élèves de 3e année, mardi, de 2 h. à 5 h. — *Physique* : M. SCHLAGDENHAUFFEN, élèves de 3e année, mardi, 9 à 11 h. — *Chimie:* M. KLOBB, élèves de 1re année, jeudi, 2 h. à 5 h. ; samedi, 9 h. à 12 h. ; élèves de 2e année, jeudi, 2 h. à 5 h., samedi, 9 à 12 h. — *Micrographie appliquée* : MM. GODFRIN-BRUNOTTE, élèves de 3e année, samedi, 9 à 12 h.

Semestre d'été. (16 *mars au* 31 *juillet*).

Cours.

Matière médicale : M. GODFRIN, drogues fournies par les dicotylédones, mardi, jeudi, samedi, 8 h. — *Pharmacie :* M. HELD. Produits chimiques médicamenteux se rattachant à la chimie organique. — Médicaments nouveaux, lundi, 8 h. 1/2, mercredi, vendredi, 8 h.

Cours complémentaires et Conférences.

Chimie organique : M. MESLANS, agrégé, série aromatique, lundi, mercredi, 4 h. 1/2. — *Botanique* : M. BRUNOTTE, agrégé, classification des phanérogames : dicotylédones, jeudi, vendredi, 9 h. — *Pharmacie galénique* : M. DELCOMINETE, opérations pharmaceutiques; médicaments qui en dérivent, lundi, mercredi, vendredi, 10 heures.

Travaux pratiques.

Micrographie appliquée : MM. GODFRIN-BRUNOTTE, élèves de 3e année, samedi, 9 h. à 12 h. — *Pharmacie chimique :* M. HELD-KLOBB élèves de 2e année, mardi, 2 h. à 5 h. — *Micrographie générale* : MM. BLEICHER-BRUNOTTE, élèves de 2e année, vendredi, 2 h. à 5 h. — *Herborisation :* BLEICHER-BRUNOTTE, élèves de 1re, 2e et 3e années, jeudi. — *Chimie analytique* : M. KLOBB, élèves de 2e année, samedi, 9 h. à 12 h. — *Toxicologie* : MM. SCHLAGDENHAUFFEN et KLOBB, élèves de 3e année, mardi, 9 h. à 12 h.

Prix décernés par l'Ecole. — L'Ecole décerne les prix suivants à la suite de concours distincts pour chacune des années d'études :

1° *Prix Universitaires* (décret du 21 avril 1869). — De 1re année, 1 médaille d'argent et 30 fr. de livres ; de 2e année, 1 médaille d'argent et 75 fr. de livres ; de 3e année, 1 médaille d'or d'une valeur de 300 fr.

Les lauréats de 1re et de 2e années sont dispensés des droits d'inscriptions (120 fr.) et d'examens semestriels (50 fr.), afférents à l'année scolaire suivante ; le lauréat de 3e année aura droit à la dispense des droits des deux premiers examens de fin d'études et des certificats d'aptitude correspondants. Un lauréat qui aurait obtenu successivement le prix de 1re, de 2e et de 3e années jouira de la gratuité complète des droits qui lui resteront à acquitter pour obtenir le diplôme de pharmacien de 1re classe. (Décret du 21 avril 1869.)

2° *Prix des travaux pratiques.* — En exécution de l'article 8 du décret du 12 juillet 1878 : « Tout excédent de recettes constaté sur le produit des rétributions pour travaux pratiques après paiement des frais afférents à ces travaux est employé en prix et encouragements aux élèves les plus méritants. » — L'Ecole décerne annuellement une *médaille d'argent* et, en outre, s'il y a lieu, une *médaille de bronze* pour les concours suivants :

1re année, prix de chimie ; 2e année, 1° prix de micrographie générale ; 2° prix de chimie ; 3e année, 1° prix de micrographie appliquée ; 2° prix de chimie et toxicologie.

3° *Prix du Conseil général de Meurthe-et-Moselle* (250 fr.) *et de la ville de Nancy* (75 fr.).

Les cours et examens commenceront le mardi 3 novembre, les travaux pratiques le lundi 16 novembre. Les inscriptions seront reçues du lundi 23 octobre au samedi 14 novembre, inclusivement. Les examens de validation de stage auront lieu le mardi 3 novembre 1896, à 9 heures du matin, et le 31 juillet 1896, à 8 h. du matin.

Nancy, le 26 octobre 1896.

Mon cher Confrère,

L'enseignement de la Faculté s'est enrichi, cette année, d'un service d'électrothérapie à l'hôpital civil, dont la direction a été confiée à M. Guillon, professeur agrégé de physique médicale. L'installation doit être terminée dans quelques semaines; elle est conçue d'après les données les plus récentes recueillies par notre confrère qui vient, dans ce but, de visiter les services similaires de France, officiels ou privés.

Sur l'initiative de M. Prenant, professeur à la Faculté de Médecine, une société dite « Réunion biologique », s'est fondée à Nancy; des conférences ou de simples communications sur des recherches personnelles y sont faites par des membres de l'Université et même par des étudiants. C'est pour ces derniers un précieux stimulant en même temps qu'une occasion favorable de développer devant un auditoire compétent leurs idées personnelles.

Le nombre des thèses du doctorat soutenues cette année a été plus considérable que jamais, et, d'après le nombre des inscriptions déjà enregistrées, la rentrée s'annonce, comme l'année précédente, sous les meilleurs auspices.

Tels sont les renseignements qui m'ont paru capables d'intéresser MM. les étudiants.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes sentiments bien dévoués. Dr X...

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE.

Doyen : M. le Pr de Lapersonne.

Programme des cours. — Semestre d'hiver.

OUVERTURE LE 3 NOVEMBRE 1897.

Cours.

Anatomie normale : M. Debierre, professeur. Moelle. Cerveau. Anatomie des régions. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. — *Histologie* : M. Laguesse, professeur. Les muqueuses; les séreuses. Structure des organes de la digestion, de la respiration, de la circulation, des organes génito-urinaires. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures. — *Anatomie pathologique et pathologie générale.* M. Curtis, professeur. Notions de pathologie générale. Appareil digestif, appareil respiratoire. Principaux microbes pathogènes. (La leçon du samedi est consacrée à la bactériologie). Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. — *Clinique médicale.* M. Lemoine, professeur. Leçons cliniques. Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. — *Clinique chirurgicale* : M. Folet, professeur. Leçons cliniques. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. Charmeil, chargé du cours. Leçons cliniques. Mardi, mercredi, vendredi, à 9 h. — *Clinique ophtalmologique* : M. F. de Lapersonne, professeur-doyen. Leçons cliniques. Lundi et jeudi, à 10 h. — *Hygiène* : Surmont, chargé du cours. Etiologie et prophylaxie des maladies infectieuses (2e partie du cours). L'eau potable. Questions diverses d'hygiène industrielle. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures. — *Chimie médicale et Toxicologie* : M. Lescœur, professeur. Chimie minérale. Métalloïdes et métaux. Toxicologie chimique. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. — *Pharmacie et Pharmacologie* : M. Lotar, professeur. Pharmacie chimique: Étude sommaire des médicaments fournis par les métalloïdes et les métaux. Étude spéciale des médicaments nouveaux inscrits au supplément du Codex. Pharmacie galénique. Opérations dites de laboratoire Etude spéciale des extraits, des sucs huileux fixes et volatils, des saccharolés et des mellites. Mardi, jeudi, samedi, à 10 heures 3/4. — *Histoire naturelle des parasites* : Th. Barrois, professeur. Zoologie médicale. Mardi, jeudi, vendredi, à 9 heures 1/4.

Cours complémentaires.

Accouchements (*cours théorique*) : M. Oui, chargé du cours. Pathologie de la grossesse. Dystocie. Opérations obstétricales. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. *Maladies des enfants et syphilis infantile* : M. Ausset, chargé du cours. Leçons cliniques. Mercredi, samedi, à 10 heures 1/2. — *Clinique chirurgicale des enfants.* M. Phocas, chargé du cours. Leçons cliniques. Leçons, mardi et vendredi, à 10 heures. (Opérations les mêmes jours). — *Maladies des voies urinaires* : M. Carlier, chargé du cours. Leçons cliniques. Mercredi, samedi, à 3 heures. (Tous les jours, visites et opérations au lit du malade).

Conférences.

Conférences de physique (pour les étudiants en pharmacie) : M. Derœux, chef des travaux de physique. Optique. Électricité. Lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. 1/2. — *Conférences d'anatomie* : M. Carpentier, chef des travaux anatomiques. Cavités thoracique et abdominale. Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures; M. Fromont, prosecteur d'Anatomie. L'Ostéologie y compris les articulations des os et les insertions musculaires. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 h. — *Conférences du laboratoire des cliniques* : M. Deroide, agrégé, chef du laboratoire. Examens chimiques et bactériologiques. Jeudi, à 10 h. 1/2.

Travaux pratiques. Laboratoires.

Dissections : M. Carpentier, chef des travaux anatomiques. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Tous les jours, de 2 h. à 5 h. — *Travaux du laboratoire des cliniques* : M. Deroide, chef du laboratoire. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Tous les jours, de 8 h. 1/2 à 11 h. — *Travaux pratiques d'anatomie pathologique et de bactériologie* : M Curtis, professeur. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi et mercredi, de 2 à 4 h. — *Travaux pratiques d'Histoire naturelle* : M. Fockeu, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi (voir l'affiche spéciale). — *Manipulations chimiques et pharmaceutiques* : M. Bayrac, chef des travaux chimiques. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi, mardi, mercredi, vendredi, samedi, de 2 à 5 h. — *Exercices pratiques de physique*: M. Derœux, chef des travaux de physique. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Mardi, jeudi, de 2 heures à 4 heures.

Cours annexe.

Cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes: M. Gaulard, professeur. Anatomie, Physiologie et Pathologie élémentaires (élèves 1re année). Théorie et pratique des accouchements (élèves 2me année). Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Doyen : M. le Pr Lortet.

Année scolaire 1896-1897.

Ouverture des cours le 3 novembre 1896.

Professeurs honoraires : MM. Desgranges, Paulet, Bouchacourt Chauveau, Berne.

Cours et cliniques.

Cliniques médicales: M. Lépine, professeur; visite tous les jours à 9 h.; leçons cliniques: mardi, jeudi et samedi, 10 h. Hôtel-Dieu. — M. Bondet, professeur, Hôtel-Dieu. — *Cliniques chirurgicales* M. Ollier, professeur; visite tous les jours à 9 h.; leçons magistrales: lundi, mercredi et vendredi. Hôtel-Dieu; — M. Poncet, professeur. Hôtel-Dieu. Les Cliniques générales sont ouvertes à tous les étudiants. — *Clinique obstétricale* : M. Fochier, professeur; leçons, le mercredi de 9 h. à 10 h. Visites et examens tous les matins de 8 h. à 9 h. à la Charité. Médecine, 4e année. — *Clinique ophtalmologique* : M. Gayet, professeur; clinique : mardi, samedi, de 9 h. à 11 h. Hôtel-Dieu. Médecine, 2e année. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. Gailleton, professeur; leçons : lundi, vendredi, de 9 h. à 11 h., Antiquaille. Médecine, 2e année. — *Clinique des maladies mentales* : M. Pierret, professeur. Asile de Bron. Médecine, 4e année. — *Chimie organique et Toxicologie* : M. Cazeneuve, professeur; leçons : lundi, mercredi, vendredi, de 3 h. à 4 h. Amphithéâtre de chimie. Pharmacie, 1re, 2e et 3e années. Médecine, 2e année. — *Matière médicale et botanique* : M. Florence, professeur; leçons : lundi, mercredi, vendredi, de 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, Amphithéâtre C. Médecine, 4e année. Pharmacie, 1re, 2e et 3e années. *Anatomie* : M. Testut, professeur; leçons : lundi, mercredi, vendredi, de 2 h. à 3 h. Amphithéâtre A. Médecine, 1re, 2e et 3e années. — *Anatomie générale et Histologie* : M. Renaut, professeur, leçons : mardi, jeudi, samedi, de 5 h. à 6 heures. Amphithéâtre de chimie. Médecine, 1re, 2e et 3e années. — *Anatomie pathologique* : M. Tripier, professeur; leçons : mardi, de 2 h. à 3 h. Laboratoire (Salle des Travaux pratiques): jeudi, 8 heures matin. Hôtel-Dieu (Salle des Autopsies); samedi, de 2 h. à 3 h. Laboratoire (Salle des Travaux pratiques). Médecine, 4e année. — *Médecine légale* : M. Lacassagne, professeur; leçons: lundi, 2 à 3 h. Amphithéâtre C.; mercredi, ven-

dredi, 2 h. à 3 h. La Morgue. Médecine, 4e année. — *Matière médicale et botanique* : M. FLORENCE, professeur, leçons : lundi, mercredi, vendredi, de 4 h. 1/4 à 5 h 1/4. Amphithéâtre C. Médecine, 4e année. Pharmacie, 1re, 2e et 3e année. — *Parasitologie et microbes* : M. LORTET, professeur, leçons : mardi, jeudi, samedi, de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. Amphithéâtre A. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re, 2e et 3e année. *Pathologie interne* : M. TEISSIER, professeur; leçon : lundi, mercredi, vendredi, de 3 h. à 4 h. Amphithéâtre C. Médecine, 3e et 4e année. — *Thérapeutique* : M. SOULIER, professeur ; leçon : lundi, mercredi, vendredi, de 4 h. à 5 h. Amphithéâtre B. Médecine, 4e année.

Cours du semestre d'été.

Maladies mentales : M. PIERRET. — *Physique médicale* : M. MONOYER. — *Physiologie* : M. MORAT. — *Pathologie externe* : M. AUGAGNEUR. — *Pathologie générale* : M. MAYET. — *Médecine opératoire* : M. POLLOSSON (M.). — *Médecine expérimentale et comparée* : M. ARLOING. — *Hygiène* : M. BARD. — *Chimie médicale et pharmaceutique* : M. HUGOUNENQ. — *Pharmacologie* : M. CROLAS.

Enseignement complémentaire.

Clinique des maladies des femmes : M. LAROYENNE, professeur adjoint; semestre d'été. La Charité. Médecine, 4e année. — *Clinique des maladies des enfants* : M. WEILL, agrégé ; clinique : lundi, mercredi ; leçon : vendredi, de 8 h. à 9 h. La Charité. Médecine, 4e année. — *Accouchements* : M. POLLOSSON, agrégé; semestre d'été. Médecine, 3e année. — *Botanique* : M. BEAUVISAGE, agrégé; semestre d'été. Pharmacie, 1re année. — *Histoire des sciences* : M. HANNEQUIN, chargé de cours à la Faculté des Lettres ; leçon : samedi de 5 heures à 6 heures. Amphithéâtre de la section C. Médecine, 1re année.

Enseignement auxiliaire.

Physique : M. X...; conférence : lundi, mercredi, vendredi, de 2 h. à 3 h., Amphithéâtre de physique. Pharmacie, 1re et 3e années. — *Chimie minérale et toxicologie — Chimie analytique* : M. BARRAL, agrégé; conférence : mardi, jeudi, de 3 heures à 4 heures. Amphithéâtre de chimie. Pharmacie, 1re année. — *Pathologie externe* : M. ROCHET, agrégé ; conférence : lundi, vendredi, de 5 h. à 6 h. Petit Amphithéâtre B. Médecine, 2e et 3e années. — *Ophtalmologie* : M. ROLLET, agrégé ; conférence : mercredi, de 5 h. à 6 h. Petit Amphithéâtre B. Médecine, 2e et 3e années.

Conférences du semestre d'été.

Anatomie : M. DURAND. — *Chimie organique et Toxicologie* : M. MOREAU. — *Minéralogie* : M. BARRAL. — *Anatomie pathologique* : M. DEVIC. — *Hydrologie* : M. CAUSSE. — *Petite chirurgie* : M. ROCHET. — *Parasitologie* : M. ROUX. — *Éléments de médecine* : M. COURMONT. — *Médecine légale* : M. BOYER.

La *Bibliothèque* de la Faculté est ouverte aux élèves tous les jours, le dimanche excepté, le matin, de 9 heures et demie à 11 heures et demie; l'après-midi, de 1 heure à 5 heures.

Lyon, le 27 octobre 1896.

Monsieur le Rédacteur en chef,

L'événement officiel important de l'année scolaire, pour la Faculté de Lyon, a été naturellement la création effective de l'Université ou plutôt la reconnaissance, sous ce nom nouveau, de l'autonomie et de la vitalité déjà anciennes de tout un groupement scientifique, où la Faculté de médecine tient certainement la première place.

Le nombre des élèves s'accroît, en effet, d'année en année, dans des proportions étonnantes. Le chiffre d'inscrits, qui en 1885 était de 395, est monté, pour l'année qui vient de s'écouler, à 966; si l'on ajoute à ce chiffre celui des élèves en pharmacie, on arrive au total de 1,425. Deux cent vingt-deux diplômes ont été délivrés cette année par la Faculté, dont 137 diplômes de docteur en médecine.

Les concours d'externat et d'internat réunissent un tel nombre de candidats, qu'on a dû cette année modifier la forme du concours d'internat pour faire face au nouvel état de choses. Cent soixante-treize élèves étaient inscrits cette année pour trente et une places d'externes ; pour l'internat, quatre-vingts se sont fait inscrire pour douze places. C'est ce nombre toujours croissant des élèves, étant donné la nouvelle loi qui oblige les futurs étudiants en médecine à faire un stage d'un an dans les Facultés des sciences, qui a engagé à créer de nouvelles ressources matérielles d'enseignement, les Facultés des sciences étant incapables de recevoir tant d'élèves.

C'est en grande partie au regretté M. RAULIN, doyen de la Faculté des Sciences, et à quelques autres initiatives privées que l'on devra la création de l'*Institut chimique*, qui, dans un an, sera prêt à recevoir élèves et professeurs. Une mission scientifique, confiée aux Prs CAZENEUVE et HUGOUNENG, charger d'aller étudier en Allemagne l'organisation et le fonctionnement d'instituts analogues, permet de penser que la fondation nouvelle satisfera d'une façon complète à tous ses desiderata de la science et de l'instruction des élèves.

En même temps que la mort du Pr Raulin qui s'était dévoué d'une façon absolue pendant les derniers mois de sa vie, à cette fondation de l'Institut chimique, nous avons à la Faculté de Médecine même un certain nombre de deuils à déplorer. C'est d'abord la mort de M. LEVRAT, agrégé libre de la Faculté, chirurgien-major de la Charité. C'est ensuite la mort de M. DIDELOT, agrégé de physique en exercice, mort à l'âge de 45 ans, en pleine activité; puis celle de M. COUTAGNE, chef des travaux de médecine légale à la Faculté depuis la création de celle-ci, médecin-expert des tribunaux ; enfin celle de M. DESGRANGES, mort à l'âge 78 ans, professeur à l'Ecole de médecine depuis 1863 et maintenu dans sa chaire à la création de la Faculté. Il occupait la chaire de Bonnet, où il continuait dignement les traditions de cette grande école de chirurgie lyonnaise. M. Desgranges était associé national de l'Académie de Médecine, correspondant de la *Société de Chirurgie*, officier de la Légion d'honneur. Il lègue en mourant 500.000 fr aux Hospices civils de Lyon ; 20.000 fr. à l'Association des Médecins du Rhône et 5.000 fr. au Dispensaire général.

Mais, je dois en terminant mentionner également, après les deuils de la Faculté, les distinctions honorifiques obtenues par un grand nombre de ses membres. MM. les Prs PONCET et SOULIER ont été nommés membres correspondants de l'Académie de Médecine, et MM. les Prs Renaut et Lépine ont obtenu le titre envié d'associé national. L'Académie des Sciences a décerné un prix de 2.500 fr. (Prix Monthyon) à M. GANGOLPHE, agrégé, pour son livre sur les *maladies infectieuses et parasitaires des os*, et un prix de même valeur à M. le Pr IMBERT, de Montpellier, ancien agrégé de la Faculté de Lyon, pour son *Traité de physique biologique*. M. RODET, ancien agrégé à la Faculté de Médecine, chef des travaux de médecine expérimentale, a été chargé d'un cours de bactériologie à la Faculté de Médecine de Montpellier pour l'année scolaire 1896-97. Enfin, MM. ROLLET, agrégé de chirurgie, et COURMONT, agrégé de médecine, ont été nommés au concours, l'un chirurgien, l'autre médecin des hôpitaux.

Tels sont, Monsieur le Rédacteur en chef, les faits les plus saillants de cette année scolaire. Vous voyez que la Faculté de Médecine de Lyon continuera à tenir dignement sa place dans la nouvelle *Université lyonnaise*.

Recevez, Monsieur le Rédacteur en chef, l'assurance de mes sentiments les plus distingués. Dr Y.

Ecole du Service de Santé militaire de Lyon.

Cette Ecole, instituée par un décret du 25 décembre 1888, est établie près la Faculté de médecine de Lyon. Son but est d'assurer le recrutement des médecins de l'armée active, de seconder les études universitaires des élèves du service de santé et de les initier à la discipline et aux habitudes de la vie militaire. Les brillants résultats obtenus depuis six ans et l'affluence des candidats au concours démontrent l'utilité d'une institution qui assure à ses fondateurs la reconnaissance de tout le corps de santé.

Les élèves se recrutent au concours parmi les étudiants en médecine ayant quatre inscriptions au moins, prises conformément au décret du 31 juillet 1893, portant réorganisation des études médicales (nouveau régime), et les étudiants pourvus de huit inscriptions au moins, valables pour le doctorat d'après l'ancien régime. Ils doivent les uns et les autres avoir eu moins de 23 ans au 1er janvier de l'année du concours qui a lieu aux mois de juillet et août. Le programme de ce concours est publié, chaque année, au *Journal officiel* et au *Bulletin militaire officiel*.

Les élèves admis font partie, à l'Ecole, sans exception aucune, de la quatrième division, correspondant à la deuxième année d'études du nouveau régime, quel que soit le nombre réel de leurs inscriptions.

Le prix de la pension est de 1,000 fr. par an et celui du trousseau de 1,060 fr.; des bourses, 1/2 bourses, trousseaux et 1/2 trous

seaux peuvent être accordés aux élèves dont les familles sont incapables de subvenir à leur entretien à l'Ecole. Les élèves y continuent leurs études médicales au même titre que tous les autres étudiants et subissent leurs examens universitaires devant la Faculté de médecine. Ils doivent être pourvus du diplôme de docteur en médecine, au plus tard le 1er février de leur quatrième année de séjour à l'Ecole, époque à laquelle ils entrent à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires (Val-de-Grâce), pour y être initiés à la pratique spéciale de la médecine d'armée. En cas de double échec à un examen de doctorat ou de faute grave contre la discipline, les élèves sont renvoyés de l'Ecole et astreints à faire 3 ans de service comme soldats dans un régiment. Les élèves nouvellement admis contractent à leur arrivée à l'Ecole un engagement militaire de 3 ans et en outre l'engagement de servir pendant six ans au moins comme médecins militaires, à partir de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Les élèves reçoivent à l'Ecole un complément d'instruction et d'initiation militaires, destiné à les familiariser de bonne heure avec les exigences de la carrière qu'ils ont choisie. L'équitation, l'escrime, les exercices militaires leur sont enseignés; des conférences d'allemand ont pour but de leur conserver et de perfectionner chez eux les connaissances qu'ils ont acquises dans cette langue; ils reçoivent des notions sur l'administration de l'armée et sur le service médical militaire; enfin, des conférences de littérature et d'histoire contemporaine leur sont faites, une fois par semaine, dans l'intérieur de l'Ecole, par des professeurs de la Faculté des lettres de Lyon, nommés professeurs de l'Ecole par le Ministre de la Guerre.

Les élèves sont nourris et logés dans l'intérieur de l'Ecole ; ils suivent les cours, travaux pratiques et cliniques de la Faculté au même titre que les élèves civils; ils se rendent librement à ces cours, mais leur présence est constatée par des appels avant les différents exercices. Le régime intérieur diffère peu de celui de l'Ecole polytechnique.

Les élèves sont considérés et traités comme élèves officiers. L'uniforme, qui se rapproche également beaucoup de celui de l'Ecole polytechnique, a pour caractère distinctif les attributs de la médecine militaire à collet de velours cramoisi et cudacée.

La nouvelle Ecole magnifiquement installée, présente toutes les garanties désirables d'hygiène, et forme un superbe et immense bâtiment au voisinage immédiat de la Faculté.

Soixante-deux élèves ont été admis à l'Ecole à la suite du concours de cette année.

Le chiffre total des élèves pour l'année scolaire 1896-97 sera de 202, non compris les élèves qui, ayant terminé leur scolarité, vont être reçus docteurs et entreront prochainement au Val-de-Grâce, avec le titre de médecin stagiaire.

Le personnel médical de l'Ecole est composé de la façon suivante : *Directeur* : Dr Kelsch, médecin inspecteur, membre de l'Académie de médecine.

Sous-Directeur: Dr Pierrot, médecin principal de 2e classe, médecin-chef de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes.

Major : Dr Mazellier, médecin-major de 1re classe.

Répétiteurs : Drs A. Berthier, physiologie et histologie; Hassler, médecine opératoire et accouchements; Boisson, pathologie interne; Sieur, anatomie; Ferrier, thérapeutique, hygiène et médecine légale; Rioblanc, pathologie externe.

Les répétiteurs, du grade de médecin-major, ont pour mission de seconder les élèves dans leurs études universitaires par des interrogations sur les matières traitées au cours de la Faculté, et, au besoin, par des conférences complémentaires. La surveillance est assurée par 5 aides-majors de 1re classe ou médecins-majors et par 6 adjudants sous-officiers appartenant à toutes les armes.

L'hôpital militaire Desgenettes est rattaché à l'Ecole sous le titre d'hôpital d'instruction ; le directeur de l'Ecole est en même temps le directeur de l'hôpital ; le sous-directeur en est le médecin-chef et les répétiteurs, chargés chacun d'un service de malades, initient chaque matin une partie des élèves aux éléments de la médecine et de la chirurgie avant de les envoyer aux cliniques de la Faculté. Les élèves de l'Ecole participent aux immenses ressources que la Faculté de médecine et les hôpitaux de Lyon mettent à la disposition des étudiants ; ses cliniques d'une grande richesse, des collections scientifiques, des laboratoires parfaitement outillés, des ressources anatomiques, uniques peut-être en France, tout démontre que la ville de Lyon était digne à tous égards de recueillir le pieux héritage de Strasbourg.

Les notes méritées par les élèves aux examens de la Faculté continuent à être très bonnes; cet excellent résultat est dû à la véritable sélection dont sont l'objet les élèves admis, mais aussi à ce qu'ils ne manquent ni une séance de dissection ou de médecine opératoire, ni un accouchement. Chaque élève militaire fait ou voit faire 12 à 15 accouchements et suit chacune de ces accouchées jusqu'à la sortie de l'Hôpital. D'autre part, ces élèves suivent tous les cours, exercices pratiques, cliniques de la Faculté. Six répétiteurs font chaque jour des cours et des conférences sur les matières traitées aux cours ou nécessaires pour les examens, et tiennent les élèves ainsi en état d'entraînement. Le soir, ceux-ci travaillent librement dans leurs études jusqu'à dix heures, avec des ressources considérables en livres, préparations, etc.

L'Ecole ne reçoit pas d'élèves en pharmacie ; les jeunes gens qui veulent suivre la carrière de pharmacien militaire doivent se faire d'abord recevoir pharmacien de 1re classe, puis ils se présentent à un examen d'admission qui a lieu tous les ans au Val-de-Grâce où ils font un stage d'un an avant d'être nommés pharmaciens aides-majors de 2e classe.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX.

ANNÉE SCOLAIRE 1896-1897.

Semestre d'hiver (*3 novembre — 15 mars.*)

Cours.

Anatomie : M. Bouchard. Appareils des sens. Lundi, Mercredi et Vendredi, à 1 heure. 1re, 2e et 3e année. — *Anatomie générale et histologie* : M. Viault. Etude générale des glandes et de leurs produits. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 h. 1/4. 1re, 2e et 3e année. — *Anatomie pathologique* : M. Coyne. Lésions du sang. — Maladies de l'appareil circulatoire. — Lésions de l'appareil urinaire. Lundi, Mercredi et Vendredi, à 2 h. 3/4. 4e année. — *Pathologie et thérapeutique générales* : M. Vergely. Des troubles locaux et des troubles généraux de la circulation (*suite*). Maladies du sang. Mardi, Jeudi, Samedi, à 5 h. 1/4. 4e année. — *Thérapeutique* : M. Arnozan. Médication par les sucs organiques et les sérums naturels et artificiels. Mardi, Jeudi, Samedi, à 2 h. 1/2. 4e année. — *Médecine légale* : M. Morache. Questions soulevées par l'application du Code pénal (*suite*). Crimes ou délits reliés à l'instinct sexuel. — Les attentats. — L'avortement. — L'infanticide. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 h. 1/4. 4e année.

Cours complémentaires.

Chimie biologique : M. Denigès. Principes immédiats de l'organisme. Etudes des principales humeurs et secrétions physiologiques. Mardi et Samedi, 3 h. 1/2. 1re et 2e année. — *Cours complémentaire d'accouchements* : M. Rivière. Accouchement normal. Dystocie. Mardi, Jeudi, Samedi, à 1 h. 4e année. — *Cours complémentaire de pathologie externe* : M. Denucé. Affections chirurgicales des centres nerveux et périphériques. Affections chirurgicales des organes respiratoires, du cou, du thorax et de la glande mammaire. Mardi, Jeudi et Samedi, 5 heures. 2e et 3e année.

Semestre d'été. (*16 mars — 31 juillet.*)

Cours.

Physiologie : M. Jolyet. Physiologie générale du muscle et du nerf. Etude de l'influence du système nerveux dans les diverses fonctions de la vie. Mardi, Jeudi, Samedi, 5 h. 2e et 3e année. — *Pathologie interne* : M. Dupuy. Maladies du cœur. Mardi, Jeudi, Samedi, 3 heures. 2e et 3e année. — *Médecine expérimentale* M. Ferré. Etude expérimentale des maladies microbiennes. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 heures 1/4. 3e et 4e année — *Hygiène* : M. Layet. Hygiène sociale. Mardi, Jeudi, Samedi à 5 h. 1/4. 4e année. — *Médecine opératoire* : M. Masse. Opérations que l'on pratique sur les organes contenus dans la cavité thoracique et la cavité abdominale. Mardi, Jeudi, Samedi, à 2 heures 1/2. 4e année. — *Matière médicale* : M. de Nabias. Les médicaments naturels et les produits de synthèse similaires. (2e partie). Lundi, Mercredi, Vendredi, à 1 heure 1/2. 3e année. — *Physique* : M. Bergonié. Mécanique animale. Chaleur et thermodynamique animale. Mercredi, Vendredi à 5 heures. 1re et 2e année.

Cliniques.

SEMESTRE D'HIVER.

Clinique médicale. M. Picot, hopital Saint-André. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 9 heures 1/2. — *Clinique chirurgicale*. M. Lanelongue, hôpital Saint-André. Mardi, Jeudi, Samedi, à 9 h. 1/2. — *Clinique obstétricale*. M. Moussous, hôpital Saint-André. Mercredi, à 8 h. 1/2. — *Clinique ophtalmologique*. M. Badal, hôpital Saint-André. Lundi, Vendredi, à 9 h. 1/2. — *Clinique des maladies chirurgicales des enfants* : M. Piéchaud, hôpital des Enfants. Mardi, Vendredi, à 4 heure. — *Clinique gynécologique* : M. Boursier. Hôpital Saint-André. Mardi 3 heures.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Clinique médicale : M. Pitres, hôpital Saint-Andre. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 9 heures 1/2. — *Clinique chirurgicale* M. Demons, hôpital Saint-André. Mardi, Jeudi, Samedi, à 9 h. 1/2.

— *Clinique obstétricale* : M. Moussous, hôpital Saint-André, Mardi, Samedi, à 8 h. 1/2. — *Clinique ophtalmologique*. M. Badal, hôpital Saint-André. Mercredi, à 9 h. 1/2. — *Clinique des maladies chirurgicales des enfants* : M. Piéchaud, hôpital des Enfants. Mardi, Vendredi, à 4 heures. — *Clinique gynécologique* : M. Boursier. Hôpital Saint-André. Mardi, à 3 heures.

Cours complémentaires de Clinique.

Maladies médicales des enfants : M. A. Moussous, hôpital des Enfants. Mercredi, Samedi, 4 heures. — *Maladies syphilitiques et cutanées* : M. Dubreuilh. Maladies vénériennes, hôpital Saint-Jean. Lundi, 4 h. Maladies syphilitiques et cutanées, annexe Saint-Raphaël. Jeudi, à 4 h. — *Maladies des voies urinaires* : M. Pousson, faculté Saint-Julien. Vendredi, 3 heures. — *Maladies du larynx, des oreilles et du nez* : M. Moure, annexe Saint-Raphaël. Mardi, Jeudi, à 10 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. Régis, annexe Saint-Raphaël. Jeudi 3 heures.

Conférences.

SEMESTRE D'HIVER.

Histoire naturelle : M. Beille. Cryptogames utiles et nuisibles. Mollusques et vertébrés médicamenteux ou venimeux. Lundi, Mercredi, Vendredi, 5 heures. — *Anatomie* : M. Princeteau. Système nerveux central. Mardi, Jeudi, Samedi, 1 heure. — *Médecine légale* : M. Lande. (Annoncées par des avis particuliers). — *Chimie et toxicologie* : M. Barthe. Chimie. Analyses chimiques. Essais de médicaments. Toxicologie. Métaux toxiques. Lundi, Vendredi, 1 h. 1/2. — *Minéralogie et Hydrologie* : M. Lasserre. Etude des minerais et des eaux minérales. Mardi, Jeudi, 5 heures. — *Pathologie externe* : M. Binaud. Eléments de pathologie externe. Jeudi, Samedi, 5 heures. — *Pathologie exotique* : M. Le Dantec. Maladies des pays chauds. Mercredi, 1 heure 1/2. — *Physique* : M. Sigalas. Physique appliquée à la pharmacie (2e partie); electricité, actions moléculaires. Mardi, Jeudi, Samedi, 10 heures.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Pathologie interne : M. Cassaët Eléments de pathologie interne. Mardi, Samedi, à 5 heures 1/4. — *Séméiologie chirurgicale*. M. Beaquehaye. Exercices de diagnostic. Mardi, Vendredi à 4 h. 1/4. — *Anatomie chirurgicale* : M. Villar. Anatomie des régions. Mardi, Samedi, à 4 heures. — *Séméiologie médicale* : M. Mesnard Exercices de diagnostic. Mardi, Jeudi, à 4 heures. — *Ophtalmologie* : M. Lagrange. Optométrie et ophtalmoscopie théoriques. Lundi, Vendredi, à 4 heures. — *Médecine légale* : M. Lande. Conférence pratique. Autopsies médico-légales (annoncées par des avis particuliers). Lundi, Vendredi, 3 h. 1/2. — *Chimie et Toxicologie* : M. Barthe. Chimie, analyses chimiques, essais de médicaments, toxicologie, métaux toxiques. Mardi, Samedi, à 1 h. 1/2. — *Physiologie* : M. Pachon. Etude des fonctions de l'organisme. Lundi à 4 heures, Jeudi, Samedi, 3 heures. — *Anatomie pathologique* : M. Auché. Anatomie pathologique des maladies générales infectieuses. Lundi, vendredi, à 2 h. 1/2. — *Pathologie exotique* : M. Le Dantec. Maladies des pays chauds. Mercredi, à 2 h. 1/2. — *Embryologie* : Cannieu. Développement des différents organes. Mardi, Jeudi, 2 heures. — *Microscopie clinique* : M. Sabrazès. Méthodes expérimentales de diagnostic. Lundi, 10 h., samedi, 1 h. 1/2. — *Obstétrique* : M. Chambrelent. Exercices pratiques sur le mannequin. Lundi, Mercredi, Vendredi, 1 h. 1/4.

Travaux pratiques obligatoires.

SEMESTRE D'HIVER.

Histoire naturelle : M. Lasserre. Laboratoire d'histoire naturelle. Lundi, Vendredi, de 8 heures à 10 h. — *Anatomie* : M. Princeteau. Institut anatomique. Tous les jours, de 2 à 5 heures. — *Anatomie pathologique* : M. Auché. Laboratoire d'anatomie pathologique. Lundi, Vendredi, de 1 à 2 h. 1/2. — *Pharmacie* : M. Barthe. Laboratoire des travaux pratiques de pharmacie. Mardi Samdi, de 3 à 5 h. 1/2. Mercredi, vendredi, de 2 h. 1/2 à 5 h. — *Chimie biologique* : M. Denigès. Laboratoire de chimie. Mardi, jeudi, samedi, de 2 h. 1/4 à 3 h. 1/2.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Physique médicale : M. Sigalas. Laboratoire de physique. Lundi, vendredi, de 7 h. 1/2 à 10 heures. — *Pharmacie* : M. Barthe. Laboratoire des travaux pratiques de pharmacie. Mardi, Mercredi, Vendredi, Samedi, de 2 h. 1/2 à 5 h. — *Histoire naturelle* : M. Lasserre. Laboratoire d'histoire naturelle. Lundi, Vendredi, de 8 à 10 h. — *Histologie* : M. Cassaet. Laboratoire d'histologie. Lundi, Mercredi, Vendredi, de 2 à 4 heures. — *Physiologie* : M. Sellier. Laboratoire des travaux pratiques de physiologie. Lundi, Mercredi, Vendredi, de 2 h. à 4 heures. Conférence de démonstration pratique. Samedi, à 4 h. — *Médecine opératoire* : M. Princeteau. Institut anatomique. Mardi, Jeudi, Samedi, de 1 h. à 2 h. 1/2. — *Anatomie pathologique* : M. Auché. Laboratoire d'anatomie pathologique. Lundi, Vendredi, de 1 h. à 2 h. 1/2. — *Physique* : M. Sigalas. Laboratoire de physique. Lundi, Mardi, Mercredi, Vendredi, de 2 à 4 h.

Enseignement clinique complémentaire.

SEMESTRE D'HIVER ET D'ÉTÉ

Consultations gratuites réservées aux indigents.

Maladies chirurgicales : M. Lanelongue, jeudi, à 8 h. M. Demons, vendredi, à 8 h. 1/2. — *Maladies du cœur* : M. Picot, mardi, à 9 h. — *Maladies du système nerveux* : M. Pitres, mercredi, samedi, à 9 h. — *Electrothérapie* : M. Bergonié, lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. — *Maladies de la peau* : M. Dubreuilh, lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. Opérations, jeudi, à 9 h. — *Maladies des femmes* : M. Boursier, jeudi, samedi, à 1 h. — *Maladies des voies urinaires* : M. Pousson, lundi, mercredi, à 1 h. — *Maladies du larynx, des oreilles et du nez* : M. Moure, gorge et larynx, lundi, jeudi, à 9 h.; oreilles et nez, mardi, vendredi, à 9 h.; Opérations, samedi, à 9 h. — *Maladies mentales* : M. Régis, mardi, à 1 h. — *Maladies des yeux* : M. Badal, tous les jours, à 9 h. — *Maladies des femmes enceintes* : M. Moussous, jeudi, à 8 h. 1/2. — *Maladies chirurgicales des enfants* : M. Piéchaud, lundi, à 8 h. du matin et 4 h. du soir; mercredi, vendredi, à 8 h. — *Maladies internes des enfants* : M. A. Moussous, mardi, jeudi, samedi, à 9 heures.

Enseignement des élèves Sages-femmes.

Anatomie, Physiologie et Pathologie élémentaires, M. Rivière. Semestre d'hiver : Lundi et Vendredi, à 9 heures. Semestre d'été : Mardi, Jeudi et Samedi, à 9 heures. — *Accouchements*, M. Chambrelent. Semestre d'hiver : Mardi et Samedi, à 10 heures. Semestre d'été : Mardi, Jeudi et Samedi, à 10 heures.

Professeurs honoraires : MM. Micé, Azam.

Prix décernés par la Faculté.

La Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux décerne une série de prix à la suite de concours distincts pour chacune des années d'études dans les deux ordres d'enseignement.

Prix de Médecine. — 1re *année* : Médaille d'argent et 100 francs de livres; 2e *année* : Médaille d'argent et 100 francs de livres : 3e *année* : Médaille d'argent et 185 francs de livres; 4e *année* : Médaille d'argent et 185 francs de livres. — Chacun des lauréats a droit, en outre, au remboursement des droits d'inscription afférents à l'année scolaire à laquelle se rapporte le concours. Des mentions honorables pourront être accordées en raison du nombre et du mérite des concurrents. — *Prix du Conseil général de la Gironde* : 300 fr. — *Prix Godard* (des thèses de l'année) : Une médaille d'or de 500 fr.; deux médailles d'argent de 200 fr.; des médailles de bronze. — *Prix Godard* de 2,000 francs. Ce prix est attribué à l'auteur du meilleur mémoire inédit présenté sur l'un des trois sujets mis annuellement au concours. Ne sont admis à concourir que les docteurs en médecine ayant fait toutes leurs études à la Faculté et se trouvant dans les conditions d'âge indiquées dans le programme.

Prix de Pharmacie. — 1re *année* : Médaille d'argent et 30 fr. de livres; 2e *année* : Médaille d'argent et 75 fr. de livres; 3e *année* : Médaille d'or d'une valeur de 300 fr. — Les immunités attachées à chacun de ces prix sont : pour les lauréats de 1re et de 2e années, la dispense des droits d'inscription et des droits d'examen afférents à l'année suivante; pour les lauréats de 3e année, la dispense des droits des deux premiers examens de fin d'études et des certificats d'aptitude correspondants. Des mentions honorables pourront être accordées en raison du nombre et du mérite des concurrents. — *Prix du Conseil général de la Gironde* : 200 francs. — *Prix Barbet* : 50 francs. — *Prix des Travaux pratiques* : 100 francs de livres au lauréat de chaque année d'études. — *Prix de la Société de Pharmacie* (Pour les examens de validation de stage) : Deux médailles de vermeil.

Le Secrétariat est ouvert tous les jours non fériés : de 10 heures à midi, pour la réception des inscriptions et consignations et pour la délivrance des certificats et pièces diverses; de 1 heure 1/2 à 4 heures (sauf pendant les vacances), pour les renseignements.

Les *Inscriptions* sont reçues tous les jours, de 10 heures à midi, du 25 octobre au 15 novembre, et pour les trimestres de Janvier, Avril et Juillet, du 1er au 15 de ces mois. Les etudiants qui passent après le 15 juillet ou après le 15 novembre un examen de validation de leurs inscriptions précédentes, peuvent se faire inscrire après clôture du registre, et sans demande spéciale, s'ils se présentent au secrétariat dans les 48 heures qui suivent leur réception.

STATISTIQUE SCOLAIRE ANNUELLE

Nombre des Etudiants inscrits à la Faculté à la rentrée de 1895-1896 (31 décembre 1895).

1. — *Étudiants ayant pris l'inscription trimestrielle de Novembre et Décembre 1895.*

Médecine.	1re année	22	426
	2e —	145	
	3e —	153	
	4e —	136	
Pharmacie.	1re année	66	174
	2e —	54	
	3e —	54	
	4e —	»	

Étudiants en cours d'examens et en scolarité interrompue :

Médecine	352
Pharmacie	89
Total des étudiants inscrits au 31 décembre 1894	1.041
Élèves sages-femmes admises à la clinique d'accouchement de la Faculté	57
Élèves herboristes inscrits	7

2. — *Inscriptions.*

Inscriptions trimestrielles	Doctorat (civils)	1.054	2.373
	— (marins)	603	
	Officiat	72	
	Pharmacie de 1re classe	404	
	— de 2e classe	240	
Inscriptions annulatives	Médecine	81	209
	Pharmacie	»	
	(Prises par les officiers de santé postulant le diplôme de docteur)	128	
	Total		2.582

3. — *Examens de tous grades.*

Examens de fin d'année	Officiat	23	215
	Pharmacie de 1re classe	127	
	— de 2e classe	65	
	Examens de validation de stage 1re c.	41	63
	— — — 2e c.	22	
Examens probatoires	Doctorat	1.169	1.569
	Officiat	9	
	Chirurgiens-dentistes	12	
	Diplôme supérieur de 1re classe	1	
	Pharmacie de 1re classe	147	
	— de 2e classe	127	
	Sages-femmes de 1re classe	99	
	— de 2e classe	1	
	Herboristes de 1re classe	3	
	— de 2e classe	1	
	Total		1.847

5. — *Diplômes conférés.*

Doctorat	107
Officiat	2
Chirurgiens-dentistes	3
Pharmacie de 1re classe	33
— de 2e classe	25
Diplôme supérieur de pharmacie 1re classe	1
Sages-femmes de 1re classe	31
— de 2e classe	»
Herboristes de 1re classe	3
— de 2e classe	1
Total	206

6. — *Renseignements statistiques sur le service de la Bibliothèque de la Faculté.*

Nombre de lecteurs pendant l'année scolaire	29.477
— de volumes communiqués	38.786
— d'emprunteurs	570
— de livres empruntés	3.776
Nombre de volumes appart. à la Bibliot. au 1er nov. 1895.	21.451
— — — 1896.	22.742

Bordeaux, le 28 octobre 1896.

Mon cher Rédacteur en chef,

L'année scolaire 1895-1896 s'est très favorablement écoulée, en ce qui concerne la Faculté de Médecine, au sujet de laquelle je ne dirai qu'un mot : c'est que les cours, si magistralement faits, sont scrupuleusement suivis par un grand nombre d'élèves qui, plus tard, feront honneur et rendront justice aux maîtres éminents qui les auront éduqués.

Ma correspondance, cette année, portera surtout sur les incidents regrettables qui viennent de se produire, il y a à peine quelques jours, à propos du concours de l'externat des hôpitaux de Bordeaux. Vous avez, très probablement, lu, dans les journaux politiques locaux les lettres échangées entre une catégorie de candidats, le jury de ce concours, et l'administration des hospices civils. Mais, je tiens à exposer, ici, en termes aussi précis que possible, les faits principaux de cet événement, afin que vos lecteurs puissent apprécier l'importance du conflit. Je pourrai, alors, en tirer des conclusions générales, qui me paraissent de la plus haute importance.

J'entre dans le sujet. Le 6 octobre 1896, devait s'ouvrir à l'hôpital Saint-André, le concours pour quarante places d'externes, devant un jury composé de MM. les Drs Davezac, président ; Lande, Binaud, Lagrange, membres du jury. Lecture est d'abord donnée de l'affiche officielle, indiquant les conditions requises pour prendre part aux épreuves et dont voici la teneur : « Ne sont admis au concours que les élèves ayant quatre inscriptions validées, et à la condition qu'ils justifient avoir fait trois mois de stage hospitalier dans l'année qui précède le concours, et dont la moitié, au moins, aura été fait dans les mois d'août, septembre et octobre, d'après un roulement établi par les soins de l'Administration sur l'avis du chef interne. La liste d'inscription a été close officiellement le 2 octobre 1896. »

Cette formalité remplie, un groupe de concurrents s'adresse au Président du jury pour lui donner lecture de la lettre suivante :

Monsieur le Président,

D'après une décision prise en assemblée générale, les candidats dont les noms suivent ont décidé de s'abstenir temporairement du concours, tant que l'Administration des hospices n'aura pas fait droit à leurs réclamations au sujet de l'admission illégale de quinze élèves à ce concours. En conséquence, ne pensant pas qu'une irrégularité, même accidentelle, doive se glisser dans les clauses d'un concours, ils vous prient de les considérer comme démissionnaires.

Ils vous prient également de tenir compte que cette abstention est simplement une protestation contre les actes de l'Administration et nullement destinée à blesser le jury. Ils adressent à Monsieur le Président et à Messieurs les membres du Jury, en même temps que leurs sincères regrets, l'expression de leurs sentiments les plus respectueux. (*Suivent cinquante-une signatures*).

Les quinze candidats visés dans cette lettre appartiennent au groupe des élèves stagiaires des écoles annexes de médecine des ports, venant d'être définitivement admis à l'Ecole principale du service de santé de la marine de Bordeaux.

Or, ces jeunes gens ne rentraient pas dans les conditions officielles du concours, parce que : 1° ils n'étaient pas inscrits avant la date de fermeture du registre des inscriptions ; 2° parce qu'ils n'avaient pas fait le stage mentionné plus haut dans le réglement. Les revendications des cinquante et un candidats signataires de la lettre, tous civils, étaient tellement fondées que le jury prit, immédiatement, la décision suivante :

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux soussignés, constituant le jury du concours, de l'externat, ayant pris connaissance d'une protestation signée par cinquante-un candidats au concours ;

Considérant que de l'aveu même de l'Administration un certain nombre d'élèves ne remplissant pas les conditions imposées par le programme officiel ont été cependant autorisés à prendre part à ce concours ;

Considérant que cette mesure est de nature à introduire des éléments de discorde entre les étudiants suivant les cours de la Faculté et fréquentant les hôpitaux de Bordeaux, et à compromettre le bon fonctionnement des services hospitaliers pendant le cours des vacances, s'associent à la protestation présentée par un groupe important de candidats ; décident de soumettre cette pro-

testation à la Commission administrative des hospices; et renvoient leur prochaine réunion à une date ultérieure.

Le Président du jury *Les membres du jury,*
Signé : DAVEZAC. *Signé :* LANDE, LAGRANGE, BINAUD.

L'administration des hospices répondit :

A Messieurs les Drs Davezac, Lande, Lagrange et W. Binaud, membres du jury du concours de l'externat des hôpitaux.

Messieurs,

Nous avons examiné avec la plus sérieuse attention la délibération que vous avez prise à la suite de la protestation d'un certain nombre de candidats à l'externat des hôpitaux, contre l'admission au concours de quinze élèves de l'Ecole de Santé navale, qui n'ont accompli que d'une manière incomplète le stage des vacances.

L'ajournement auquel vous avez jugé prudent de recourir nous permet de vous donner des explications qui auront pour effet, nous l'espérons, de calmer l'effervescence qui s'est produite et de supprimer tout prétexte de discorde entre les étudiants.

Tous les jeunes gens qui suivent les cours de la Faculté de Médecine sont admis, sans aucune distinction, à prendre part au concours pour obtenir le titre d'externe des hôpitaux et profiter des facilités particulières d'instruction qui y sont attachées, pourvu qu'ils se soumettent aux conditions établies en vue d'assurer le service soit pendant l'année scolaire, soit surtout pendant les vacances. Notre unique souci, en leur imposant ces conditions, est d'assurer à nos malades les soins que réclame leur situation.

Le règlement du 21 avril 1882 les astreint tous à faire un stage de quarante-cinq jours dans les hôpitaux pendant les vacances; mais ce règlement a été modifié par une délibération du 25 septembre 1891, prise après avis de la réunion médico-chirurgicale et approuvée par M. le Préfet de la Gironde, qui a chargé l'Administrateur de l'hôpital Saint-André de se concerter avec M. le Directeur de l'Ecole de Santé navale au sujet des tempéraments à apporter à cette obligation pour ceux de ses élèves qui se trouveraient dans l'impossibilité de la remplir exactement.

C'est par une application régulière de cette délibération que quinze nouveaux élèves, qui n'ont pu connaître que le 23 septembre les résultats des examens à la suite desquels ils ont été admis à l'Ecole de Santé navale de Bordeaux, ont été autorisés à ne commencer leur stage que le 26 septembre pour le continuer jusqu'au 3 novembre, soit pendant trente-huit jours.

La même autorisation serait accordée, vous n'en doutez pas, à tout élève que des circonstances de force majeure empêcheraient de se trouver à son poste au jour prescrit par le règlement.

Nous comptons sur vous, Messieurs, pour faire comprendre aux auteurs de la protestation à laquelle vous vous êtes associés, que la mesure dont ils se plaignent n'a rien d'irrégulier ni d'illégal, et qu'il nous est impossible d'y apporter aucun changement.

Cependant, comme nous attachons le plus grand prix au maintien de la bonne harmonie qui a toujours régné entre les élèves civils et ceux de l'Ecole de santé navale, nous avons décidé d'augmenter le nombre des externes à nommer à la suite du concours de 1896 d'autant d'unités qu'il y aura de classés comme admis parmi les quinze élèves nouveaux de l'Ecole de Santé navale. De cette manière, tous les candidats conservent les mêmes chances que si ces nouveaux concurrents n'étaient pas survenus.

Nous espérons que vous voudrez bien vous associer aux sentiments de conciliation qui nous ont dicte cette décision, et que vous saurez inspirer à nos jeunes collaborateurs cette émulation désintéressée pour le soulagement des malades pauvres qui fait l'honneur du Corps médical, et dont vous leur donnez personnellement de si nobles exemples.

Veuillez agréer, Messieurs, etc.

Pour la Commission, le Vice-Président,
Signé : E. MAUREL.

A la suite de cette réponse, le jury du concours d'externat décida d'en référer à la Réunion médico-chirurgicale des Hôpitaux pour prendre les décisions de circonstance. Le vendredi 16 octobre, après une première séance, la Réunion médico-chirurgicale adopta cette délibération :

« La Réunion médico-chirurgicale des Hôpitaux de Bordeaux,

« Considérant que la première garantie de l'équité des concours est que les conditions requises pour être admis a y prendre part soient intégralement remplies par tous les candidats sans exception;

« Considérant que l'affiche portant à la connaissance des intéressés l'ouverture du concours pour l'externat en l'année 1896 ne fait aucune mention de l'exception consentie par l'Administration des hôpitaux et hospices de Bordeaux en faveur d'une certaine catégorie de candidats;

« Approuve l'attitude prise par MM. les membres du jury du concours de l'externat, les invite à rester dans leur rôle technique d'examinateurs, et demande qu'il soit procédé à ce concours dans les conditions stipulés au programme officiel en date du 8 août, affiché par les soins de l'Administration. »

Nouvelles lettres de la commission administrative des hôpitaux au Président de la Réunion médico-chirurgicale, et au Président du jury du concours d'externat.

A Monsieur le Dr Davezac, Président; Messieurs les Drs Lande, Binaud et J. Lagrange, membres du jury du concours de l'externat des hôpitaux.

Messieurs,

M. le Dr Rondot, Président de la Réunion médico-chirurgicale, a bien voulu nous adresser copie de la délibération prise par cette réunion en réponse à l'avis que lui avait demandé le jury du concours de l'externat.

Nous vous envoyons ci-inclus copie d'une lettre dans laquelle nous expliquons les motifs qui nous ont amenés à augmenter éventuellement le nombre des externes à nommer à la suite du concours, et à maintenir l'autorisation que nous avons accordée à quinze élèves de l'Ecole de Santé navale d'y prendre part. Nous avons fixé la prochaine séance du concours au jeudi 22 octobre, à quatre heures. Nous espérons que vous voudrez bien y reprendre vos fonctions de membres du jury.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de notre considération la plus distinguée.

Pour la Commission, le Vice-Président,
E. MAUREL.

A Monsieur le Dr Rondot, Président de la Réunion médico-chirurgicale.

Monsieur le Président,

Vous avez bien voulu nous transmettre la délibération de la Réunion médico-chirurgicale des Hôpitaux et les hospices de Bordeaux au sujet des réclamations produites par un certain nombre de candidats au concours de l'externat.

Cette délibération exprime le désir qu'il soit procédé au concours dans les conditions stipulées au programme officiel, affiché et daté du 8 août 1896, et que les conditions requises pour être admis à y prendre part soient intégralement remplies par tous les candidats sans exception.

La Réunion médico-chirurgicale a perdu de vue le 4e paragraphe de la délibération du 25 septembre 1891, qui lui a été transmise en temps utile et dont elle a accusé réception sans réserves.

Cette délibération nous laisse le soin de régler, avec M. le Directeur de l'Ecole de Santé navale, les conditions d'exécution du stage d'un mois et demi imposé, en principe, à ses élèves comme à tous les autres candidats.

Il n'est pas règlement ni même de consigne militaire, si rigoureuse qu'elle soit, qui ne cède devant la force majeure, et il appartient à ceux qui sont chargés de veiller à son exécution d'apprécier les faits et circonstances qui présentent ce caractère.

C'est en vertu de ce principe et des pouvoirs qu'il nous confère que nous avons jugé valables les excuses présentées par divers élèves de l'Ecole de Santé navale, et les avons admis à prendre part au concours parce qu'il nous a été dûment justifié qu'il n'a pas dépendu d'eux de commencer leur stage à la date réglementaire. En faisant cette exception, nous avons la conscience de n'avoir pas excédé nos pouvoirs et d'avoir observé les règles les plus strictes de l'équité ; nous userions de la même tolérance envers tous autres qui se trouveraient dans le même cas. L'affiche du 8 août contenant l'avis des conditions générales du concours n'avait pas à faire connaître les cas particuliers qui peuvent se produire et qu'il nous appartient de trancher.

Les préoccupations que la survenance de concurrents nouveaux a pu causer à quelques candidats ne sauraient nous obliger à commettre un déni de justice et à manquer à des engagements pris envers M. le Directeur de l'Ecole de Santé navale dans les limites où nous avions le droit de les prendre; néanmoins, nous avons cru devoir en tenir compte et nous estimons qu'en augmentant éventuellement, ainsi que nous l'avons fait, le nombre des externes à nommer à la suite du concours, nous avons donné aux intéressés toutes les satisfactions auxquelles auxquelles ils pourraient prétendre

Il est vrai que quelques personnes attribuent aux auteurs de la protestation des calculs et des sentiments qu'ils n'ont pas exprimés. Ils prévoient que ceux des élèves marins qui vont arriver à l'externat se retrouveront dans un an pour leur disputer les places d'internes, et ils redoutent cette concurrence.

Nous répudions, pour la jeunesse de nos écoles, cette prétention d'écarter des adversaires avec lesquels ils redouteraient d'avoir à se mesurer loyalement et en face.

Que ceux qui ont peur se retirent ; nous ne voulons faire appel qu'à ceux qui se sentent assez braves et assez confiants dans leurs forces pour se mesurer avec les plus forts ; il y va de l'intérêt de nos malades et surtout d'un intérêt public sur lequel nous ne craignons pas d'être en désaccord avec vous, c'est l'élévation du niveau des études dans notre Faculté de Médecine.

Nous osons donc espérer que vous voudrez bien joindre vos efforts aux nôtres pour calmer l'agitation qui s'est produite parmi nos jeunes collaborateurs et user de toute votre influence pour les engager à se présenter à la prochaine séance du concours.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Pour la Commission, le Vice-Président,
Signé : E. MAUREL.

Au milieu de ce débat, il était difficile de prévoir ce qu'il en adviendrait du concours de l'externat. D'une part, les protestataires, membres du jury et candidats, soutenant à juste titre, leurs revendications basées sur le règlement officiel; d'autre part, l'administration ne voulant, à aucun prix, revenir sur ses décisions *absolument irrégulières*. En effet, elle interprétait faussement le décret préfectoral du 25 décembre 1891 : celui-ci « charge l'administrateur de l'hôpital Saint-André de se concerter avec le directeur de l'Ecole de Santé navale au sujet des *tempéraments* à apporter à cette obligation (stage de quarante-cinq jours pendant les vacances) pour ceux de ses élèves qui se trouveraient dans l'impossibilité de la remplir exactement ».

Qui donc pourrait s'autoriser, d'après ces données, à *transformer* TOUTES les conditions ordinaires du concours et à les rendre absolument inégales pour deux catégories d'élèves ? Cet article ne vise, en effet, que le stage à effectuer pendant les vacances, et non la facilité de prendre part au concours pour les candidats qui n'ont pas fait trois autres mois de stage durant l'année, et qui ne sont pas inscrits dans le délai voulu par les règlements officiels.

Je m'empresse d'ajouter aussi, mon cher rédacteur en chef, que le décret préfectoral de 1891 invoqué ne visait que les élèves appartenant, depuis au moins un an, à l'Ecole principale de Bordeaux, et qu'il n'a jamais été question des élèves stagiaires des ports nouvellement reçus au concours d'entrée de l'école.

L'administration a bien objecté aussi que les élèves nouvellement admis à l'Ecole navale de Bordeaux, ne connaissant le résultat du concours d'entrée que le 23 septembre, ne pouvaient faire leur stage hospitalier des vacances dans les délais voulus, mais qu'on les obligerait à l'accomplir du 26 septembre au 3 novembre (trente huit jours au lieu de quarante-cinq exigés des autres candidats).

Cette mesure est d'autant plus répréhensible qu'on a refusé le droit de concourir à quelques élèves civils se trouvant dans les conditions régulières du concours, mais ayant eu trois ou quatre absences pendant leur stage des vacances.

Le débat s'est terminé, *pour cette année*, grâce à la très heureuse décision, communiquée à l'administration des hospices par le Directeur de l'Ecole de médecine navale de Bordeaux, et d'après laquelle il retire aux quinze candidats objet de la discussion, l'autorisation de prendre part au concours d'externat. Reste à savoir ce qui adviendra désormais, étant donné le caractère arbitraire de la décision prise par l'administration des hospices dans cette circonstance.

De telles difficultés surgiront toujours tant que, dans un Conseil d'administration des Hôpitaux, il n'y aura pas place, de droit, pour des médecins, chirurgiens ou accoucheurs des hôpitaux. Ceux-là, seuls peuvent être d'une utilité incontestable en ce qui concerne les questions techniques, tant au point de vue des concours, que dans l'intérêt des malades.

Nous sommes les premiers à reconnaître le bon vouloir de nos administrateurs; mais ce n'est pas diminuer leur valeur en disant que leurs décisions, au point de vue strictement médical, gagneraient à s'éclairer des conseils d'hommes compétents.

Nous formulons donc le vœu suivant : le Conseil d'administration des hôpitaux et hospices civils de Bordeaux comptera, de droit, parmi ses membres, deux délégués de la réunion médico-chirurgicale des hôpitaux nommés, par leurs collègues, en assemblée générale.

Ce n'est que par ce moyen que le corps médical, qui s'est toujours fait remarquer tant par son dévouement désintéressé pour les malades, que par son enseignement éclairé pour les élèves, continuera à conserver intacte, en dépit du favoritisme, la voie de recrutement par les concours, la seule susceptible de lui conserver sa haute réputation.

Je termine, mon cher Rédacteur en chef, en disant, que la réclamation des candidats civils à l'externat a été dictée par l'esprit d'équité le plus louable, et que, jamais, malgré certaines insinuations peu bienveillantes et maladroites, ils n'ont voulu porter atteinte au bon esprit de camaraderie qui n'a jamais cessé de régner entre civils et marins. X...

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE.

Doyen : M. A. LABÉDA.
Assesseur : M. TOURNEUX. — *Secrétaire* : M. MAZEIRAC.
ANNÉE SCOLAIRE 1896-1897.
Semestre d'hiver (3 novembre au 31 juillet).

COURS.

Anatomie : M. CHARPY, professeur. — *Pathologie externe* : M. PÉNIÈRES, professeur. — *Pathologie interne* : M. ANDRÉ, prof. — *Hygiène* : M. GUIRAUD, chargé du cours. — *Hydrologie* M. GARRIGOU, chargé du cours. — *Pathologie et thérapeutique générales* : M. HERMANN, professeur. — *Physique biologique* : M. MARIE, chargé du cours. — *Chimie et toxicologie* : M. FREBAULT, professeur. — *Histoire naturelle aux pharmaciens* : M. LAMIC. chargé du cours. — *Pharmacie* : M. DUPUY, professeur. — *Physiologie* : M. ABÉLOUS, chargé du cours. — *Chimie biologique* : M. BIARNÈS, chargé du cours. — *Médecine opératoire* : M. LABÉDA, doyen, professeur. — *Anatomie pathologique* : M. TAPIE, professeur. — *Thérapeutique* : M. SAINT-ANGE, professeur. — *Matière médicale* : M. BRÆMER, professeur. — *Physique* (*applications pharmaceutiques*) : M. MARIE, chargé du cours. — *Histoire naturelle aux médecins* : M. SUIS, chargé du cours. — *Histologie normale* : M. TOURNEUX, professeur. — *Bactériologie* : M. MOREL (Charles), chargé du cours. — *Médecine légale* : M. GUILHEM, chargé du cours.

CLINIQUES.

Cliniques médicales : MM. CAUBET, doyen honoraire, MOSSE, professeurs. — *Cliniques chirurgicales* : MM. CHALOT et JEANNEL, professeurs. — *Clinique obstétricale* : M. CROUZAT, professeur. — *Clinique ophtalmologique* : M. X. — *Clinique des maladies mentales* : M. RÉMOND, professeur. — *Clinique maladie des enfants* : M BÉZY, chargé du cours. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. AUDRY, chargé de cours.

CONFÉRENCES DE MM. LES AGRÉGÉS.

Anatomie et histologie : M. SOULIÉ, agrégé. — *Physiologie* : M. ABÉLOUS, agrégé. — *Pathologie interne* : MM. MAUREL et RISPAL, agrégés. — *Pathologie externe* : M. VIEUSSE, agrégé. — *Obstétrique* : M. SÉCHEYRON, agrégé. — *Pharmacie et minéralogie* : M. GÉRARD, agrégé. — *Chimie et toxicologie* : M. BIARNÈS.

TRAVAUX PRATIQUES OBLIGATOIRES.

Physique biologique : M. X... — *Chimie biologique* : M. BIARNÈS. — *Anatomie* : M. CHARPY. — *Physiologie* : M. X... — *Histologie* : M. SOULIÉ. — *Anatomie pathologique* : M. MOREL. — *Médecine opératoire* : M. BAUBY. — *Chimie* (pharmaciens) : M. BIARNÈS, RIBAUT, chef adjoint. — *Physique* (pharmaciens) : M. X... — *Micrographie* : M. SUIS. — *Pharmacie* : M. GÉRARD.

ENSEIGNEMENT OBSTÉTRICAL.

Enseignement obstétrical : M. CROUZAT, professeur. — *Anatomie et physiologie élémentaires* : M. VIEUSSE, agrégé.

LABORATOIRE DES CLINIQUES. — COURS LIBRE COMPLÉMENTAIRE.

Anatomie pathologique et bactériologie : M. DAUNIC. — *Chimie* : M. GÉRARD. — *Chirurgie infantile et orthopédique* : M. X...

PRIX DÉCERNÉS PAR LA FACULTÉ :

Prix Lefranc de Pompignan. — M. le marquis Lefranc de Pompignan a légué à l'Ecole de Médecine de Toulouse une rente de seize cents francs par an, destinée à fonder un prix qui sera décerné tous les trois ans à l'étudiant en medecine qui aura pris régulièrement, et sans interruption pendant trois ans, ses inscriptions pour le doctorat et se sera fait distinguer par sa bonne conduite et ses progrès. Le lauréat recevra seize cents francs par an, pendant trois ans, pour aller continuer ses études à Paris. Le prix, qui a été décerné en 1895, sera décerné de nouveau à la fin de l'année 1898.

Prix Lasserre. — Par suite d'un legs fait à l'Ecole de Médecine de Toulouse, un prix de 500 fr. sera décerné chaque année, s'il y a lieu, à l'élève qui, après avoir étudié 4 années dans ladite Ecole, y aura été reçu officier de santé avec le plus de distinction.

Prix Gaussail. — Mme veuve Gaussail ayant fait don à la ville de Toulouse d'une somme de 40.000 fr., dont le revenu doit servir à fonder deux prix à décerner annuellement à des étudiants en médecine, un concours spécial sera ouvert, à la fin de l'année scolaire, pour la délivrance de ces prix, aux élèves de première année et aux élèves de deuxieme année.

Prix Maury. — M Maury a institué, par testament, trois prix annuels de 1,000 francs chacun aux étudiants les plus méritants et dénués de fortune ayant pris leur titre de docteur dans le courant de l'année.

Prix du Conseil général. — Une somme de 400 francs, votée par le Conseil général de la Haute-Garonne, est distribuée en prix aux étudiants : 200 fr. aux étudiants en médecine, 200 fr. aux étudiants en pharmacie.

Prix du Conseil municipal. — Le Conseil municipal a voté 500 francs pour être donnés en prix à des étudiants.

Prix de la Faculté de médecine.—Des concours de prix (médailles et livres, prix de fin d'année et prix des travaux pratiques) sont institués pour chaque annee d'études, en médecine et en pharmacie, et décernés tous les ans dans la séance solenuelle de rentree de la Faculté.

Prix aux élèves Sages-Femmes. — Un concours de fin d'année est ouvert entre les elèves sages-femmes. Il est accordé une médaille d'argent et une mention honorable pour les élèves de deuxieme année, une médaille de bronze et une mention honorable pour les elèves de première année.

Toulouse, le 27 octobre 1896

Mon cher Directeur,

Aucun fait saillant n'a marqué l'année scolaire 1895-96 à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse. A noter cependant le crédit voté par Conseil général de la Haute-Garonne pour le fonctionnement de la clinique des maladies mentales, et la titularisation de MM. Rémond, Penières, Saint-Ange et Brœhmer, professeurs agrégés ou chargés de cours. Epiloguer sur les circonstances et les compromis qui ont amené ces résultats, n'aboutirait pas à grand'chose, sinon à constater une fois de plus qu'il n'est pas de limites aux chinoiseries de MM. les bureaucrates, et que même dans les questions d'enseignement l'intérêt particulier prime l'intérêt général. Ce qui n'empêche pas notre Faculté de compter toujours bon nombre d'étudiants et de délivrer toujours force déplômes.

Au cours de l'année, la moyenne des etudiants en médecine s'est maintenue à 250; il a été délivré 75 diplômes, dont 56 diplômes de docteur, 6 d'officier de santé et 13 de sages-femmes. Les inscriptions prises s élèvent à 928 : doctorat 870, officiat 58. Quant au total des examens subis, le chiffre atteint est 765 qui se décompose : candidats reçus 636; ajournés 128. Pour ce qui es des étudiants en pharmacie, il y a eu dans l'année 117 elève en cours d'études, ainsi répartis : étudiants en pharmacie de 1re classe 70, dont 24 en première année, 21 en deuxième annee et 25 en troisième année; étudiants en pharmacie de 2e classe 47, dont 24 en première année, 10 en deuxième année et 13 en troisième année. Ces mêmes étudiants ont subi 298 examens avec les résultats suivants : candidats admis 244; candidats ajournés 54. Enfin, et c'est par là que nous terminons cette statistique, la Faculté a délivré 20 diplômes de pharmacien de 1re classe, 10 diplômes de 2e classe et 1 diplôme d'herboriste de 2e classe.

Agréez, mon cher Directeur, etc. Dr L. C.

CIRCONCISION ET SUPERSTITION. — Les indigènes, même ceux de Tananarive, sont d'une crédulité extraordinaire ; un mauvais plaisant ayant fait courir le bruit qu'un impot serait désormais établi à l'occasion de la circoncision, malgré la saison chaude dans laquelle nous sommes, de toutes parts on fait circoncire des enfants, même en bas age. Le *Journal officiel* a publié à ce sujet une note démentant cette rumeur qui avait provoqué un accaparement inusité des bananes; on sait, en effet, que la partie retranchée, enveloppée dans ce fruit, est, d'après l'usage toujours en vigueur, mangée par le père du garçon soumis à cette opération. (*La Justice* du 31 octobre).

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

ANNÉE SCOLAIRE 1896-1897.

Directeur : M. E. BRUCH.

Cliniques.

Toute l'année à l'Hôpital civil.

Clinique médicale : M. GROS. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2. — *Clinique chirurgicale*: M. BRUCH. Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 1/2. — *Clinique obstétricale* : M. MERZ. Mardi, à 9 h. 1/2. Mercredi (conférences et manœuvres), à 10 h. — *Clinique des maladies des enfants* : M. CAUSSANEL. Jeudi, à 10 h. — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées* : M. GÉMY. Vendredi, à 10 h.

Les Cours du semestre d'hiver commenceront le 3 nov. 1896 et ont lieu dans l'ordre suivant :

Pour le premier trimestre, le registre d'inscriptions sera ouvert du 26 octobre au 15 novembre.

Anatomie : M. TROLARD. Revision de l'ostéologie, de l'arthrologie et de la myologie. Splanchnologie. Angéiologie. Lundi, mardi et mercredi, à 2 h. — *Anatomie pathologique et histologie* : M. PLANTEAU. Les tissus. Appareils digestif, respiratoire. Lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. — *Pathologie externe* : M. VINCENT. Affections chirurgicales de la tête, du rachis, de la poitrine et de l'abdomen. Pathologie chirurgicale générale. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. — *Accouchements* : M. MERZ. De la dystocie. Lundi et samedi, à 5 h. — *Maladies des pays chauds* : M. TREILLE. Pathologie générale exotique. Maladie des expéditions coloniales, des explorateurs et des colons. Pathologie et épidémiologie algériennes. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. — *Histoire naturelle médicale* : M. TRABUT. Botanique générale. Les phanérogames. Mardi, jeudi, à 5 h. ; samedi, à 4 h. — *Physique médicale* : M. GUILLEMIN. Pesanteur. Optique. Acoustique. Lundi, mercredi, à 4 h. , samedi, à 5 h. — *Pharmacie* : M. BATTANDIER. Pharmacie galénique. Médicaments tirés de la chimie minérale. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. — *Chimie et toxicologie* : M. MALOSSE. Chimie minérale et toxicologie. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h.

Cours complémentaires. (Décret du 14 juillet 1875).

Anatomie : M. LABBÉ, chef des travaux anatomiques. Complément du cours du professeur. Vendredi, samedi, à 2 h. — *Histologie* : M. N..., professeur suppléant. Les tissus. Jeudi, à 3 h. — *Physique* : M. SAMBUC, professeur suppléant. Electricité. Vendredi, à 3 h.

Travaux pratiques.

Anatomie : M. LABBÉ, chef des travaux anatomiques. Dissection. Lundi, mardi, mercredi vendredi, samedi, à 11 h. — *Chimie et toxicologie* : M. GRIMAL, chef des travaux chimiques et physiques. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Lundi, mardi, mercredi, de 1 h. à 4 h. — *Physique* : M. GRIMAL, chef des travaux chimiques et physiques. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Vendredi, de 1 h. à 3 h.— *Histoire naturelle, herborisation* : M. SOULIE, professeur suppléant. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Jeudi, samedi, de 1 h. 1/2 à 4 h.

Les Cours du semestre d'été commenceront le 1er mars 1897 et auront lieu dans l'ordre suivant :

Physiologie : M. REY. Digestion, nutrition, sécrétions. Appareil génito-urinaire. Nerfs craniens. Nerfs rachidiens. Organes des sens. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 h., à l'amphithéatre de physiologie.—*Pathologie interne* : M. BLAISE. Pathologie interne. Maladies du cœur et des gros vaisseaux. Maladies du foie, du péritoine et des reins. Pathologie générale. Continuation de l'étude bactériolo- gique des maladies parasitaires. Immunisation Sérothérapie. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h. — *Hygiène et médecine légale* : M. MOREAU. Hygiene spéciale. Lundi mercredi, vendredi, à 4 h — *Thérapeutique* : M. BOURLIER. Etudes des médicaments agissant sur la nutrition. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. — *Matière médicale* : M. HÉRAIL. Les plantes médicinales fournis par les monocotylédones et les apétales, Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h.

Cours complémentaires. (Décret du 14 juillet 1875).

Conférences d'anatomie pathologique : M. PLANTEAU, prof. Etude des tumeurs. Lundi, à 2 h. — *Conférences de médecine légale* : M. COCHEZ, professeur suppléant. Asphyxie par submersion, strangulation, suffocation. Coups et blessures. Lundi, ven-

dredi, à 5 h. — *Chimie* : M. SAMBUC, professeur suppléant. Chimie biologique : les albuminoïdes. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. — *Histoire naturelle médicale* : M. SOULIÉ, professeur suppléant. Microbiologie. Les protozoaires et les bactéries. Mardi, samedi, à 5 h.— *Pharmacie et matière médicale* : M. N..., professeur suppléant. Conférences d'hydrologie. Mardi, samedi, à 4 h.

Travaux pratiques.

Anatomie pathologique : M. N..., professeur suppléant. Etude histologique des tumeurs. Jeudi, de 1 h. 1/2 à 3 h. — *Médecine opératoire* : M. BRAULT, professeur suppléant. Conférences : chirurgie opératoire du crâne, du thorax et du membre supérieur. Travaux pratiques : ligatures, amputations. désarticulations. Mardi, samedi, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2. — *Chimie et toxicologie* : M. GRIMAL, chef des travaux chimiques et physiques. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Lundi, mardi, mercredi, de 1 h. à 4 h. — *Physique* : M. GRIMAL, chef des travaux chimiques et physiques. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Vendredi, de 2 h. à 4 h. — *Histoire naturelle, herborisation* : M. SOULIÉ, professeur suppl. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Jeudi, samedi, de 1 h. 1/2 à 4 h. — *Matière médicale* : M. BEULAYGUE, professeur suppléant. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Jeudi, samedi, de 1 h. 1/2. à 4 h. — *Physiologie* : M. REY, professeur, M. JULIEN, préparateur, travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Mercredi de 2 h. à 3 h.

Chaires magistrales. — MM. TROLARD, anatomie. — PLANTEAU, anatomie pathologique et histologie. — REY, physiologie. — TEXIER, pathologie interne. — VINCENT, pathologie externe. — BOURLIER, thérapeutique. — SÉZARY, hygiène et médecine légale. — TREILLE, maladies des pays chauds. — GROS, clinique médicale. — BRUCH, clinique chirurgicale. — MERZ, clinique obstétricale et gynécologie. — TRABUT, histoire naturelle. — MALOSSE, chimie et toxicologie. —GUILLEMIN, physique. — BATTANDIER, pharmacie. — HÉRAIL, matière médicale.

Cours complémentaires de clinique. — MM. GÉMY, maladies syphilitiques et cutanées. — CAUSSANEL, maladies des enfants.

Professeurs suppléants. — MM. RAMAKERS, chaires d'anatomie et de physiologie. — MOREAU, chaires de pathologie et de clinique internes. — BRAULT, chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale. — SOULIÉ, chaire d'histoire naturelle.— SAMBUC, chaires de chimie et de physique.— GERBER, chaires de pharmacie et de matière médicale.

Chefs des travaux. — MM. DESHAYES, chef des travaux anatomiques. — GRIMAL, chef des travaux chimiques et physiques.

Chefs de clinique. — MM. LAPORTE, chef de clinique médicale. — SABADINI, chef de clinique chirurgicale. — DENIS, chef de clinique obstétricale. — LAFOSSE, chef du laboratoire des cliniques.

Préparateurs. — MM. LABBÉ, prosecteur d'anatomie. — HAFFNER, aide d'anatomie. — GOINARD, préparateur de physiologie. — DELAVAL, préparateur de chimie. — BARTHET, préparateur d'histoire naturelle. — JULIEN, préparateur d'hygiène et de thérapeutique. — FOUCARD, préparateur de pharmacie et de matière médicale. — ABDELKADER OULD BOUZIAN, préparateur d'histologie et d'anatomie pathologique. — BELLOT, préparateur des maladies des pays chauds.

Services hospitaliers.

Renseignements généraux. — L'hôpital possède 800 lits répartis en onze services, dont cinq sont affectés aux différentes cliniques. Voici quelques renseignements sur ce qui s'est passé dans ces services pendant l'année 1890-1891.

Clinique médicale. — Un pavillon de 40 lits plus des cabinets (pavillon Trousseau) est affecté au service des hommes; les femmes occupent la moitié du pavillon Bichat, 20 lits et des cabinets. Pendant l'année scolaire, 115 femmes et 152 hommes ont été traités dans ces salles, ce qui fait un total de 267 malades.

Clinique chirurgicale et d'oculistique. — Le pavillon Dupuytren, 40 lits avec cabinets, est affecté aux hommes ; les femmes occupent une salle de 20 lits et des cabinets dans le pavillon Bichat ; cette année, ce service a reçu 354 malades (231 hommes, 120 femmes). Il a été pratiqué 185 opérations importantes. — Le samedi opérations d'oculistique.

Clinique obstétricale. — Ce service occupe le pavillon Dubois, composé d'une salle de 26 lits pour les femmes grosses ; une autre de 16 lits avec berceaux pour les accouchées,cabinets d'isolement, salle d'accouchement, etc. Pendant l'année, il a été admis 145 femmes et pratiqué 127 accouchements, dont 95 normaux et 32 ayant nécessité une intervention.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.— Ce service comprend 162 lits de vénériens et 32 pour les maladies de la peau. Il a reçu, cette année, 592 malades ainsi répartis : 191 maladies cutanées ; 401 syphilitiques, dont 90 indigènes.

Clinique des maladies des enfants. — Ce service, installé dans le pavillon Guersant, comprend deux salles de 40 lits chacune, il y a été admis 457 malades (197 filles, 260 garçons). Les chefs des autres services, médecine et chirurgie, sont pour la plupart professeurs à l'Ecole. Les étudiants y trouvent aisément un enseignement pratique sur toutes les branches de la pathologie.Le service médical de cet établissement comprend, en outre, 14 internes en médecine, 7 internes en pharmacie et 10 externes, nommés au concours. Le traitement des internes est fixé comme il suit : Internes de 1re classe, 1,200 fr.: — internes de 2e classe, 1,000 fr.; — provisoires, 800 fr. Les concours pour l'internat et l'externat ont lieu chaque année, au mois de novembre ; pour être admis à concourir pour l'internat, il faut justifier d'une année d'externat dans un hôpital ou de deux années de stage hospitalier.

Ecole de médecine.

Prix Poisson. — Ce prix, remis à la séance de rentrée des Ecoles, est institué pour les internes en médecine de 3e année ; il consiste en une médaille d'argent et une somme de 150 fr. ; le lauréat est, en outre, prorogé d'une année dans ses fonctions et nommé de 1re classe.

Anatomie. — Le nombre des sujets, pour les travaux pratiques d'anatomie, est de 100 environ pour le semestre d'hiver (dissections) et de 50 environ pour celui d'été (exercices pratiques de médecine opératoire). Les dissections ont lieu tous les jours, sous la direction du chef des travaux anatomiques, du prosecteur et de l'aide d'anatomie; les élèves sont munis d'un carnet sur lequel sont inscrites les préparations faites par chacun d'eux pendant le courant du semestre. Les exercices de médecine opératoire ont lieu deux fois par semaine, pendant le semestre d'été, sous la direction du professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes.

Chimie, Toxicologie et Pharmacie. — Les travaux pratiques ont lieu du 15 novembre au 30 juin, sous la surveillance du chef des travaux et du préparateur. Les élèves, divisés par groupe de deux, manipulent trois fois par semaine, lundi, mardi, mercredi, de 1 heure à 4 heures ; il est tenu note des absences.

Physique. — Ces travaux pratiques auxquels sont astreints les élèves en médecine de 1re année et les élèves en pharmacie de 3e année ont lieu chaque jeudi de 2 à 4 heures, sous la direction du chef des travaux et du préparateur. Ils durent toute l'année.

Histoire naturelle. — Les élèves sont exercés à faire une série de préparations botaniques et zoologiques, qu'ils reproduisent ensuite par le dessin. Pour les études botaniques, ils font un emploi presque constant du microscope et acquièrent ainsi l'habitude du maniement de cet instrument. Ces travaux ont lieu sous la direction du professeur titulaire et du suppléant.

Matière médicale. — Les travaux ont lieu deux fois par semaine, sous la direction du professeur titulaire et du suppléant. Les élèves en pharmacie de 2e et de 3e année y sont seuls admis. Ils sont répartis par groupes de deux, disposant d'une table et d'un microscope, ayant à leur disposition les instruments du laboratoire: chambre claire, microtomè, etc. Ils doivent se fournir de rasoirs, crayons, papiers à dessin, car toutes les préparations sont dessinées, et les élèves habitués au maniement de la chambre claire.

Bibliothèque universitaire. — Ouverte tous les jours.

Jardin botanique médical : Au camp d'Isly. — *Musée d'anatomie normale et pathologique* : Salle des collections anatomiques. — *Collection d'histologie normale et pathologique.* Au laboratoire. — *Droguier.* Salle des collections de matière médicale. — *Collection d'histoire naturelle* (Zoologique et Botanique). Au laboratoire d'histoire naturelle.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

(Palais du Pharo).

Directeur : M. LIVON. — *Secrétaire* : M. VIGNEAU.
Directeur honoraire : M. CHAPPLAIN.

Professeurs honoraires :
M. GIRARD. — M. SIRUS-PIRONDI. — M. MAGAIL.

Professeurs titulaires.

Physiologie : M. Livon (Ch.). — *Clinique médicale* (1re chaire) : M. Villard. — *Clinique médicale* (2e chaire) : M. Laget. — *Pathologie interne et pathologie générale* : M. Boinet. — *Pathologie externe et médecine opératoire* : M. Chapplain. — *Clinique chirurgicale* (1re chaire) : M. Combalat. — *Clinique chirurgicale* (2e chaire) : M. Villeneuve. — *Clinique obstétricale* : M. Queirel. — *Matière médicale* : M. Heckel. — *Histoire naturelle* : M. G. Bouisson. — *Chimie médicale* : M. Rietsch. — *Physique*

médicale : M. Caillol de Poncy, — *Histologie* : M. Jourdan (E.). — *Hygiène et médecine légale* : M. Fallot. — *Thérapeutique* : M. Roux de Brignoles. — *Anatomie pathologique* : M. Nepveu. — *Anatomie* : M. Magon. — *Pharmacie* : M. Domergue.

Chargé de cours.

Bactériologie : M. Rietsch.
Minéralogie et Hydrologie : M. Gourret.

Professeurs suppléants.

MM. Alezais, Gourret (Paul), Arnaud (Fr.), Benet, Berg, Roux (de Brignoles) fils, Laplane, Gerber.

Cours complémentaire des maladies des voies génito-urinaires.

M. Vigneron.

Chef des travaux anatomiques.

M. Cousin.

Chef des travaux chimiques.

M. Thoury.

Chef des travaux d'histologie et d'histoire naturelle.

M. Blanc.

Chefs de clinique.

MM. Sépet, Sesqués, Garnier, Soulié, Reynaud (Paul).

Préparateurs.

Chimie et pharmacie : MM. Allègre et Guibaud. — *Physique, histoire naturelle et matière médicale* : M. Roumieux. — *Pathologie interne* : M. Blanc. — *Histologie* : M. Cauvin. — *Anatomie pathologique* : M. Hagenmüller. — *Bactériologie* : M. Raybaud.

Prosecteur d'anatomie et de médecine opératoire.

M. Acquaviva.

Aides d'anatomie et de physiologie.

MM. X..., X...

Bibliothécaire.

M. Vigneau.

École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

A cette Ecole, de même que dans les Facultés de Médecine et les Ecoles supérieures de Pharmacie, les élèves peuvent prendre toutes leurs inscriptions et subir tous leurs examens de fin d'année. Les aspirants au titre de docteur en médecine (ancien régime) peuvent y subir les deux premiers examens probatoires du doctorat. Les aspirants au titre de docteur en médecine (nouveau régime) peuvent y subir les trois premiers examens probatoires du Doctorat. La circonscription de l'Ecole comprend les départements de la Loire-Inférieure, de la Vendée, des Deux-Sèvres, de la Charente et de la Charente-Inférieure. L'enseignement institué par le décret du 31 juillet 1893, pour l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, est organisé à l'Ecole depuis le mois de novembre 1894. Les examens probatoires ont lieu à Nantes, aux sessions de juillet et de novembre, sous la présidence d'un professeur d'une Faculté des sciences délégué par le Ministre.

Année scolaire 1896-1897.
Directeur : M. A. MALHERBE.

Semestre d'hiver. *Du 3 novembre au 1er avril.*

Anatomie : Tous les jours, à midi 1/4. Professeurs, MM. JOÜON; E. BUREAU, prof. suppl. — *Chimie organique et biologique* : Mardi, jeudi, samedi, à 1 heure, M. ANDOUARD, professeur. — *Physique* : Mardi, jeudi, samedi, à 3 h. 1/2, MM. LEDUC et LEFÈVRE, professeurs. — *Matière médicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 2 h. 1/2. M. MÉNIER, professeur. — *Pathologie chirurgicale, petite chirurgie et pansements* : Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. MONTFORT, professeur. — *Accouchements* : Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h., M. GUILLEMET, professeur. — *Clinique chirurgicale* : Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures, M. POISSON, professeur. — *Clinique médicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 9 heures, M. HERVOUET, professeur. — *Clinique ophtalmologique* : Tous les jours, mercredi excepté, à 1 heure, M. DIANOUX, professeur. — *Thérapeutique* : Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures, M. PÉROCHAUD, professeur. — *Chimie minérale* : Lundi, mercredi, vendredi, à 1 heure, M. PETITEAU, prof. suppl. — *Histoire naturelle* : Mardi et samedi, à 1 heure, M. BUREAU, professeur. — *Pathologie générale* : Lundi, vendredi, à 5 heures, M. MONNIER, prof. suppl. — *Travaux pratiques de dissections* : Tous les jours, à 2 heures, M. A. MONNIER, chef des travaux. — *Travaux pratiques de chimie* : Mardi, vendredi, à 8 heures, M. J. ALLAIRE, chef des travaux. — *Travaux pratiques de physique* : Mercredi, samedi, à 8 heures, M. G. ALLAIRE, chef des travaux. — *Travaux pratiques d'histoire naturelle* : Lundi, jeudi, à 8 heures, M. BONNEL, chef des travaux. — *Travaux pratiques d'anatomie pathologique* : Lundi, vendredi, à 10 h. 1/2, M. Maurice BUREAU, prof. suppléant.

Semestre d'été. *Du 1er avril au 31 juillet.*

Pharmacie : Mardi, jeudi, samedi, à 2 h. 1/2, M. FLEURY, professeur. — *Chimie organique* : Lundi, mercredi, vendredi, à 1 heure, M. ANDOUARD, professeur. — *Physiologie* : Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures, M. ROUXEAU, professeur. — *Histologie* : Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures, M. A. MALHERBE, professeur. — *Histoire naturelle* : Jeudi, samedi, à 1 heure, Louis BUREAU, professeur. — *Pathologie générale* : Mardi, jeudi, à 1 h. 1/2, M. SOURDILLE, prof. suppl. — *Pathologie médicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 2 h. 1/2, M. VIAUD-GRAND-MARAIS, professeur. — *Hygiène et médecine légale* : Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures, M. OLLIVE, professeur. — *Bactériologie* : Mardi, samedi, à 3 h. 1/2, M. RAPPIN, professeur. — *Physique* : Mardi, samedi, à 5 heures, M. LEFÈVRE, prof. suppl. Jeudi, à 3 h. 1/2, M. LEDUC, professeur. — *Clinique chirurgicale :* Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures, M. HEURTAUX, professeur. — *Clinique médicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 9 heures, M. CHARTIER, professeur. — *Clinique obstétricale* : Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures, M. GUILLEMET, professeur. — *Clinique ophtalmologique.* Tous les jours, mercredi excepté, à 1 heure, M. DIANOUX. — *Travaux pratiques de chimie* : Mardi, vendredi, à 8 heures, M. J. ALLAIRE, chef des travaux. — *Travaux pratiques de physique* : Mercredi, samedi, à 8 heures, M. G. ALLAIRE, chef des travaux. — *Travaux pratiques d'histoire naturelle* : Lundi, jeudi, à 7 heures, M. BONNEL, chef des travaux. — *Travaux pratique de bactériologie* : Mardi, samedi, à 4 h. 1/2, M. RAPPIN. — *Travaux pratiques d'histologie* : Mercredi, vendredi, à 5 heures, M. A. MONNIER, chef des travaux. — *Travaux pratiques de physiologie* : Jeudi, samedi, à 4 heures, M. U. MONNIER, chef des travaux. — *Travaux pratiques de médecine opératoire* : Lundi, mardi, jeudi, vendredi, à 5 heures, M. VIGNARD, prof. suppl. — *Travaux pratiques d'herborisation* : Tous les dimanches, M. L. BUREAU, professeur.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, dimanches et fetes exceptés, de 8 à 10 heures du matin, de midi à 4 heures du soir. — Le *Musée anatomique* et celui des collections de matières médicales sont ouverts tous les jours, de midi à 4 heures. — Professeurs honoraires : MM. MALHERBE père, CHENANTAIS, TRASTOUR.

Emplois de l'Ecole accessibles aux étudiants. — Prosecteur d'anatomie, aide d'anatomie et de physiologie, aide de clinique ophtalmologique, préparateur des travaux anatomiques et bactériologiques, préparateur de chimie et de pharmacie, préparateur de physique et d'histoire naturelle. Chacun de ces emplois rétribués n'est donné qu'après un concours devant l'Ecole.

Concours annuels. — Internat en médecine (18 titulaires et 5 internes provisoires). Externat en médecine (22 externes). Internat en pharmacie (8 titulaires et 3 provisoires). Prix de clinique. Prix pour les différentes années en médecine et en pharmacie. Prix pour les travaux pratiques de chimie. Prix pour les travaux pratiques de micrographie.

Fondation du Dr Emile Cossé. — Prix Marcé. 600 fr., et une médaille d'argent à l'auteur du meilleur mémoire de clinique. — Prix Malherbe. 500 fr. et une médaille d'argent, au 1er du concours de l'internat des Hôpitaux de Nantes. — Prix Guépin. 400 fr., et une médaille d'argent à l'auteur du meilleur mémoire d'ophtalmologie. — Prix de la ville de Nantes. 200 et 100 fr., 1er et 2e prix (après concours), aux élèves sages-femmes de la Maternité de Nantes.

Prix fondé par Mme Allory. — Prix Allory-Gillois triennal, à partir de 1896. Une médaille d'or au meilleur travail sur la Phtisie pulmonaire.

Cours et travaux pratiques obligatoires.

ÉTUDIANTS EN MÉDECINE.

Première année. HIVER : Anatomie, chimie, petite chirurgie, pansements. Travaux pratiques, dissections. — ÉTÉ : Histologie, physiologie. Travaux pratiques, chimie biologique. — *Deuxième année.* HIVER : Anatomie, pathologie chirurgicale, cliniques médicale et chirurgicale. Travaux pratiques de dissection, stage hospitalier. — ÉTÉ : Histologie, physiologie, cliniques médicale et chirurgicale. Travaux pratiques d'histologie, physiologie, stage hospitalier — *Troisième année.* HIVER : Anatomie, pathologie chirurgicale, thérapeutique, cliniques médicale et chirurgicale. Travaux pratiques de dissection, stage hospitalier. — ÉTÉ : Histologie, physiologie, pathologie médicale, anatomie et histologie pathologiques, médecine opé-

ratoire, cliniques médicale et chirurgicale. Travaux pratiques de médecine opératoire, stage hospitalier. — *Quatrième année.* Hiver : Pathologie chirurgicale, thérapeutique, accouchements, cliniques médicale, chirurgicale et spéciales. Travaux pratiques d'anatomie pathologique, stage hospitalier. — Été : Pathologie médicale, médecine opératoire, hygiène et médecine légale, cliniques médicale, chirurgicale, obstétricale et speciales. Travaux pratiques, stage hospitalier.

Stage des étudiants en médecine — Tous les étudiants en médecine sont astreints à faire, pendant trois ans, un stage régulier dans l'un des hôpitaux placés près des écoles où ils prennent leurs inscriptions. Nul ne peut suivre les cours s'il n'est régulièrement inscrit sur les registres de l'Ecole.

ÉTUDIANTS EN PHARMACIE.

Première année. Hiver : Chimie inorganique, physique. Travaux pratiques de matière médicale, chimie minérale. — Été : Pharmacie, organographie végétale. Travaux pratiques de physique, herborisation. — *Deuxième année.* Hiver : Chimie organique, matière médicale. Travaux pratiques de chimie organique et analyse qualitative. — Été : Pharmacie, histoire naturelle Travaux pratiques de micrographie végétale, herborisation. — *Troisième année.* Hiver : Chimie générale, matière médicale, physique. Travaux pratiques de chimie analytique et toxicologie — Été : Pharmacie, histoire naturelle. Travaux pratiques de micrographie végétale, herborisation.

Les examens de fin d'année des Étudiants en pharmarmacie porteront sur les matieres enseignées dans les Cours et travaux pratiques de l'année ou du semestre d'etudes qui précède l'examen.

Les inscriptions ne seront acquises qu'aux étudiants dont l'assiduité aura été constatée à tous les cours, conferences et travaux pratiques. (Règlement intérieur de l'Ecole, établi conformément à l'article 16 du décret du 30 juillet 1883).

Nantes, le 28 octobre 1896.

Mon cher Directeur,

Je n'ai à vous signaler cette année aucun changement important dans la situation de l'Ecole de Médecine de Nantes. Le nombre des étudiants a encore augmenté d'une vingtaine pendant l'année scolaire qui vient de finir et la population de l'Ecole est à peu près suffisante pour remplir tous les locaux disponibles. La détermination que l'on a prise en haut lieu de ne créer aucune Faculté nouvelle dans les villes dépourvues d'Université, oblige l'Ecole de Nantes à ajourner pour longtemps ses projets de transformation; mais il n'est pas défendu à cet établissement de chercher à se perfectionner et à devenir pour ainsi dire une Ecole modèle.

Voyant l'insuffisance du budget officiel qui, malgré la bonne volonte de l'administration de la ville de Nantes, n'est pas susceptible d'une augmentation bien grande, quelques professeurs se sont décidés à s'adresser à l'initiative privée et ils ont créé une association de protection et de perfectionnement de l'Ecole de Médecine de Nantes. Le principe de cette association réside dans l'accumulation lente et persévérante d'un capital qui s'accoîtra forcément chaque année et qui, avec le temps, constituera à l'Ecole une petite fortune qui lui permettra de se tenir toujours, au point de vue de l'organisation de son enseignement et de son matériel, au niveau des progrès de la science.

L'Ecole a perdu cette année trois de ses professeurs : M. Laennec, directeur honoraire, M. Boiffin, professeur de clinique chirurgicale, jeune chirurgien de grand avenir, et enfin M. Trastour, professeur honoraire de clinique médicale.

Nous signalerons les nominations de M. Poisson à la clinique chirurgicale, de M. Maurice Bureau comme suppléant de médecine, de M. Sourdille comme suppléant de chirurgie, de M. Urbain Monnier comme chef des travaux de physiologie et de M. Briton comme chef de clinique medicale. Au point de vue du matériel, l'Ecole s'est agrandie par la construction d'un nouveau bâtiment qui contiendra neuf salles ou cabinets permettant d'agrandir les laboratoires et d'en créer de nouveaux. Ces constructions coûteront à la ville 160.000 francs.

Veuillez agréer, etc. X

Ecole de Médecine de Rennes. — Sont institués suppléants pour une période de neuf ans : MM. les Drs Bodin (*pathologie et clinique médicales*); Le Moniet (*pathologie et clinique chirurgicales et clinique obstétricale*).

Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Rennes.

Directeur : M. Delacour.

ANNÉE SCOLAIRE 1896-1897.

Premier Semestre (Du 2 novembre au 26 février).

A cette Ecole, de même que dans les Facultés de médecine et les écoles supérieures de pharmacie, les élèves peuvent prendre toutes leurs inscriptions et subir tous leurs examens de fin d'année.

Les aspirants au titre de docteur en médecine (Ancien Régime) peuvent y subir les deux premiers examens probatoires du doctorat.

Les aspirants au titre de docteur en médecine (Nouveau Régime) peuvent y subir les trois premiers examens probatoires du doctorat.

Cliniques.

Cliniques médicales : MM. Delacour, Bertheux, professeurs. — *Cliniques chirurgicales* : MM. Aubrée, Dayot fils, professeurs. — *Clinique obstétricale* : M. Perret, professeur. — *Clinique ophtalmologique* : M. Bruté, professeur. — *Clinique électrothérapique* : M. Castex, professeur.

Cours.

Anatomie : M. Lhuissier, professeur et M. Lautier, suppléant. — *Pathologie générale* : M. Follet, professeur — *Accouchements* : M. Le Moniet, professeur. — *Hygiène* : M. Bodin, professeur. — *Médecine légale* : M. Perrin de la Touche, professeur. — *Physique* : M. Castex, professeur. — *Chimie* : M. Bellamy, professeur. — *Histoire naturelle* : M. Topsent, Crié, professeurs. — *Pharmacie* : M. Faint, professeur. — *Matière médicale* : M. Fleury, professeur.

Travaux pratiques.

Anatomie : M. Lautier, professeur. — *Histologie* : M. Perrin de la Touche, professeur. — *Chimie* : M. Bellamy, professeur. — *Physique* : M. Castex, professeur.

L'Ecole instituera dans le semestre d'été des conférences de pathologie générale élémentaire et de petite chirurgie spécialement destinées aux étudiants en doctorat de 1re année, qui se préparent à l'externat et à l'Ecole du service de santé militaire.

Aucun élève n'est admis à suivre les cours s'il n'est inscrit sur les registres de l'Ecole Les inscriptions doivent être prises dans les dix premiers jours de chaque trimestre; elles ne seront définitivement acquises qu'aux seuls étudiants dont l'assiduité aura été constatée aux cliniques, cours, conférences et travaux pratiques.

Le Musée d'anatomie normale et pathologie et les collections d'histoire naturelle et de matiere médicale sont ouverts tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 1 heure à 4 heures.

La Bibliothèque de l'école (à la Bibliothèque municipale) est ouverte tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 4 heures et de 7 heures à 10 heures du soir.

ÉCOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Ecole d'Amiens.

Professeurs titulaires.

Clinique médicale : M. Mollien. — *Clinique chirurgicale* : M. Peugniez. — *Pathologie interne* : M. d'Heilly. — *Pathologie externe* : M. Moullonguet. — *Clinique obstétricale et gynécologie* : M. Lenoel. — *Clinique ophtalmologique* : M. Fagr. — *Anatomie* : M. M. Dhourdin et Lefort. — *Physiologie* : M Scribe. — *Hygiène et thérapeutique* : M. N. — *Histoire naturelle* : M. Bernard. — *Chimie et toxicologie* : M. Bor. — *Pharmacie* : M. Dehionne. — *Physique* : M Dubois — *Médecine opératoire* : M. Trépant. — *Matière médicale* (falsifications) : M. Pajot — *Gynécologie* : M. Trépant. — *Clinique des maladies d'enfants* : M. Dhourdin. *Chimie des métaux* : M. Moynier de Villepoix. — *Chirurgie d'armée* : M. Trépant. — *Hygiène publique et privée* : M. Decamps. — *Histologie* : M Fournier — *Histoire naturelle* (invertébrés) : M Dewèvre.

Travaux pratiques.

Travaux anatomiques (Dissection) : M. L[illegible]rt. — *Physique* : M. Pancier. — *Chimie* : M. Pancier. — *Micrographie* : M. Moynier de Villepoix. — *Histoire naturelle et physiologie* : M. Dewèvre.

Directeur : M Lenoel. — *Secrétaire de l'Ecole* : M Oz[illegible]t — *Prosecteur d'anatomie* : M. Lefort. — *Chef des laboratoires de physiologie, d'histologie et de bactériologie* : M. N.... — *Préparateur de chimie* : M. Landrieu. — *Préparateur de pharmacie* [illegible]

M. N.... — *Préparateur de physique* : M. MUZART. — *Préparateur d'histoire naturelle* : M. PLANQUE.

Les cours ont commencé le lundi 4 novembre. — Une affiche ultérieure indiquera la date de la séance de rentrée. Dans cette séance seront décernés les médailles des concours de fin d'année et les prix accordés par l'Administration des hôpitaux aux élèves externes. Les élèves suivent, pendant le semestre d'hiver, les cours communaux de chimie et de physique. Outre la bibliothèque de l'école, la bibliothèque communale leur est ouverte.

Il existe des *Cours communaux de physique*, de *chimie* et de *botanique* qui sont également suivis par les étudiants. — Outre la *bibliothèque de l'école*, la bibliothèque de la Ville est ouverte aux élèves, de 10 h. à 4 h., et de 6 h. à 10 h. du soir.

Ecole d'Angers (*réorganisée*).

L'École de médecine et de pharmacie d'Angers, réorganisée par arrêté ministériel du 26 juillet 1890, possède douze professeurs titulaires, 6 professeurs suppléants, 5 chefs des travaux, 3 chefs de clinique. Directeur : M. LEGLUDIC. — Les chaires sont les suivantes :

Histologie : M. BAHUAUD, professeur. — *Clinique interne* : M. FEILLÉ, professeur. – *Pathologie interne* : M. JAGOT, professeur. — *Clinique obstétricale et gynécologie* : M. GUIGNARD, professeur; M. MONPROFIT, suppléant, chargé du cours. — *Physiologie* : M. LEGLUDIC, professeur. — *Histoire naturelle* : M. THÉZÉE, suppléant, chargé du cours. — *Anatomie* : M MAREAU, professeur. — *Pathologie externe* : M. DOUET, professeur. — *Pharmacie et Matière médicale* : M. RAIMBAULT, professeur. — *Chimie médicale et Toxicologie* : M. TESSON, professeur. — *Physique* : M. SARAZIN, suppléant chargé du cours. *Clinique externe* : M. DEZANNEAU. — *Professeurs suppléants* : M. THIBAULT, suppléant, chaire de médecine, chargé du cours d'hygiène. – M. MONPROFIT, suppléant, chaire de chirurgie, chargé du cours de médecine opératoire. — M. SARAZIN, suppléant de physique et chimie. — M. LABESSE, suppléant de pharmacie et matière médicale. — M. THÉZÉE, suppléant d'histoire naturelle. — M. CHARIER, suppléant d'anatomie, chargé du cours d'histologie — M. CHARIER, chef des travaux anatomiques. — M. LEMESLE, chef des travaux chimiques. — M. ROYER, chef des travaux de physiologie. - M. X..., chef des travaux d'histoire naturelle — X... chef des travaux de medecine opératoire.

Enseignement pratique. — L'hôpital a 400 lits ; tous les services y sont confiés à des professeurs de l'École, en sorte qu'il est entièrement ouvert aux élèves. *Clinique médicale*: hommes, 40 lits; femmes 30; plus des tentes et pavillons de contagieux. — *Clinique chirurgicale*: hommes, 50 lits; femmes, 25; plus des tentes et un service de vénériens. — *Clinique obstétricale* : Maternité, 25 lits; — Gynécologie, 12 lits. — L'hôpital a huit internes titulaires et quatre internes provisoires nommés au concours. Ils sont logés, nourris, etc.

Anatomie. — Un chef des travaux, un prosecteur et deux aides d'anatomie nommés au concours. Pavillon spécial avec laboratoire du professeur, du chef des travaux, des préparateurs, des internes. Amphithéâtre des élèves; tables pour sept séries.

Physiologie. — Un aide de physiologie. — Laboratoire spécial du professeur. Vaste laboratoire pour les élèves.

Bactériologie. — Un préparateur. — Laboratoire spécial du professeur. Laboratoire pour les élèves.

Chimie. — Un chef des travaux, un préparateur en chef, trois aides-préparateurs, tous nommés au concours Laboratoire spécial du professeur et des préparateurs. Vaste laboratoire pour les élèves, avec fourneaux fixes, fourneaux à gaz, forge, étuves, plate-forme et étagère pour réactifs, etc.

Physique : Cabinet de physique. Laboratoire pour les élèves. — Laboratoire spécial du professeur

Salles spéciales pour histologie, micrographie (avec nombreux microscopes), bactériologie. — Bibliothèque ouverte aux élèves; 5,000 volumes de médecine. — Salle de lecture ouverte de 1 h à 5 h. tous les jours. — Nombreuses publications scientifiques périodiques. — Musée. Double série de vitrines ayant 62 mètres de développement. L'Ecole est en outre autorisée à donner l'enseignement préparatoire au *certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.* Nombreuses collections. — Jardins botaniques.

Ecole de Besançon (*réorganisée*).

Directeur : M. SAILLARD. — *Secrétaire* : M. GAUSSIN. — *Professeurs honoraires* : MM. COUTENOT et BRUCHON.

Professeurs titulaires.

Anatomie descriptive : M. MANDEREAU, chef du cours. — *Physiologie* : M. BOLOT, professeur. - *Chimie médicale et biologique, toxicologie* : M. BOISSON, professeur. — *Botanique médicale* : M. MAGNIN, professeur. — *Clinique medicale* : M. GAUDERON, professeur. — *Clinique chirurgicale* : M. SAILLARD, professeur. — *Clinique obstétricale et gynécologie* : M. DRUHEN, professeur. — *Pathologie interne* : M. ROLAND, professeur. – *Pathologie externe* : M. CHAPOY, professeur. — *Matière médicale* : M. THOUVENIN, professeur. — *Physique médicale et biologique* : M COLLÉATTE, chargé du cours. — *Histologie normale et embryologie* : M. PRIEUR, chargé du cours. — *Anatomie descriptive* (1 cons complémentaires) : M. N... chef des travaux anatomiques. — *Travaux pratiques d'anatomie* M. N..., chef des travaux anatomiques. — *Travaux pratiques de micrographie appliquée* : M. THOUVENIN, professeur. — *Travaux pratiques de physiologie* : M. BOLOT, professeur. — *Travaux pratiques de botanique* : M. MAGNIN, professeur. — *Travaux pratiques de physique* : M. COLLÉATTE, chargé du cours.

Professeurs suppléants chargés de cours.

Anatomie et histologie pathologiques M. BRUCHON, professeur suppléant. — *Travaux pratiques d'histologie pathologique et de bactériologie*, M. BRUCHON, professeur suppléant. — *Travaux pratiques de médecine opératoire* : M. HEITZ, professeur suppléant. — *Chimie organique* : M. MORIN, professeur suppléant. — *Travaux pratiques de chimie* : M. MORIN, professeur suppléant. — *Anatomie chirurgicale ou topographique* : M. HEITZ, professeur suppléant. — *Travaux pratiques de zoologie* : M. PRIEUR, prof. suppléant. — *Travaux pratiques de pharmacie* : M. FILLION, prof. suppléant.

En résumé, le personnel de l'Ecole se compose de 12 professeurs titulaires ; 5 professeurs suppléants chargés de cours ; 2 chefs de travaux ; 5 préparateurs et 2 aides. 3 chefs de clinique, 5 internes des hôpitaux et 7 externes nommés au concours. Les internes touchent chacun 400 fr. la première année, 600 francs la seconde.

Besançon possède deux hôpitaux : 1° le grand hôpital ou *hôpital Saint-Jacques* renfermant plus de 500 lits. Il est civil et militaire, contigu à l'École. Les cliniques médicale et chirurgicale y sont installées et disposent de 200 lits. Un service d'enfants a été créé. Les élèves font le service de toutes les salles, civiles ou militaires. Il y a un laboratoire de clinique très complet ; 2° l'hospice de Bellevaux, renfermant 250 lits environ, contient : la Maternité où se fait la clinique d'accouchements qui dispose de 30 lits ; les malades vénériens, cutanés, aliénés en observation et incurables. Cet hospice est départemental. Tous ces lits sont à peu près constamment occupés et l'Ecole a des ressources hospitalières exceptionnelles. Les cadavres sont en nombre largement suffisant pour les dissections et la médecine opératoire. La bibliothèque contenant plus de 6,000 volumes, est à la disposition des élèves, qui peuvent emporter les livres. — Le *Jardin botanique* est dépendant de l'École. — L'Ecole est réorganisée conformément au décret du 1er août 1883. — Le Conseil général du Doubs a créé six bourses de 600 francs chacune, en faveur des étudiants en médecine (Doctorat et Officiat) qui prendront l'engagement d'exercer dans le département pendant 10 ans. — S'adresser pour renseignements au directeur.

Ecole de Caen.

Directeur : M. AUVRAY. — *Secrétaire :* M. GALLOU.
Directeur honoraire : M. BOURIENNE
Professeurs honoraires : MM. MAHEUT et LEPETIT.

Semestre d'Hiver 1896-1897.

Les cours ont recommencé le 3 novembre.

Professeurs. — *Anatomie* : M. GIDON. — *Physique* : M DEMERLIAC. — *Histologie* : M GATOIS. — *Pathologie générale et séméiologie* M. MOUTIER. — *Clinique médicale* : M. AUVRAY. — *Clinique obstétricale* : M. GUILLET. — *Clinique chirurgicale* : M. BARETTE. — *Chimie et toxicologie* : M. LOUISE. — *Physiologie* : M. FAYEL. — *Matière médicale* : M. CHARBONNIER. — *Botanique* : M. PIHIER.

Professeurs suppléants.

Cours complémentaires : *Anatomie descriptive* : M. VIGOT, suppléant. — *Chimie* : M. BESSON, suppléant. — *Anatomie pathologique* : M. GOSSELIN, suppléant. — *Pharmacie* : M. GRAMONT suppléant. — *Zoologie* : M. CHEVREL, suppléant.

Cours annexes : *Cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes* : M. NOURY, suppléant.

Travaux pratiques.

Dissection, médecine opératoire et histologie normale : M. X..., chef des travaux anatomiques. — *Chimie biologique* : M. PERRIER, chef des travaux. — *Physiologie et bactériologie* : M VIGOT, chef des travaux. — *Micrographie* : M. CHEVREL, chef des travaux.

Emplois de l'Ecole accessibles aux Etudiants (après concours). — Prosecteur d'anatomie. Aide d'anatomie. Préparateurs de physique, chimie et histoire naturelle.

Concours annuels. — Prix pour les différentes années d'études médecine, pharmacie, sages-femmes. Prix pour les travaux pratiques

de chimie. Prix Le Sauvage (médaille d'or et livres). Prix Dan de La Vauterie.

Ecole de Clermont-Ferrand (*réorganisée*).

Année scolaire 1896-97, *commençant le* 5 *novembre.*

Directeur: M. le Dr D.-H. Bousquet

Semestre d'hiver.

Clinique chirurgicale : M. Bousquet, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 7 heures du matin. — *Clinique médicale*: M. Dourif, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 8 heures du matin. — *Anatomie*: M. Tixier, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 4 heures du soir.— *Chimie* : M. Huguet, prof., lundi et vendredi, à 11 heures du matin. — *Pharmacie* : M. Rocher, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 11 heures du matin — *Pathologie interne* : M. Fouriaux, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 11 heures du matin. — *Accouchements* : M. Planchard, lundi et vendredi, à 5 heures du soir. — *Histologie* : M. Lepetit, professeur suppléant, mardi, jeudi, samedi, à 11 heures du matin. — *Physique médicale* : M. Truchot, professeur, mardi et jeudi, à 9 heures et demie du matin.

Cours complémentaires.

Anatomie : M. Dubois, chef des travaux anatomiques, lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures du soir. — *Petite chirurgie* : M. Maurin, professeur suppléant, jeudi, à 5 heures du soir. — *Histoire naturelle médicale* (Zoologie) : M. Bruyant, professeur suppléant, jeudi à 8 heures du matin.

Semestre d'été.

Clinique médicale : M. Dourif, lundi et jeudi, à 8 heures du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. Bousquet, mardi et vendredi, à 7 heures du matin. — *Clinique obstétricale* : M. Planchard, mercredi et samedi, à 7 heures du matin. — *Physiologie* : M. Bardier, chargé de cours, lundi, mercredi et vendredi, à 3 heures du soir. — *Pathologie externe* : M. Gagnon, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 11 heures du matin. — *Histoire naturelle médicale* (Botanique) : M. Girod, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 11 heures du matin. — *Chimie biologique* : M. Huguet, jeudi, à 11 heures du matin. — *Physique biologique* : M. Truchot, samedi, à 11 heures du matin.

Cours complémentaires.

Histoire naturelle médicale (Parasitologie) : M. Bruyant, professeur suppléant, jeudi, à 11 heures du matin. — *Chimie et toxicologie* : M. Mosnier, professeur suppléant, mercredi et vendredi, à 11 heures du matin. — *Pathologie interne* : M. N.., professeur suppléant, mercredi et samedi, à 4 heures du soir. — *Médecine opératoire* : M. Maurin, professeur suppléant, jeudi, à 3 heures du soir. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Lafont, professeur suppléant, mardi et samedi, à 8 heures du matin.

En résumé, le personnel de l'Ecole se compose de 12 professeurs et de 6 suppléants. Il y a, en outre, 5 chefs des travaux et trois chefs de clinique.

Les travaux pratiques de dissection sont obligatoires pendant tout le semestre d'hiver, ils ont lieu tous les jours, de 1 heure à 4 heures, sous la direction du chef des travaux anatomiques. Grâce au voisinage de la maison centrale de Riom et des asiles d'aliénés de Sainte-Marie et de la Cellette, les cadavres sont assez nombreux pour suffire à tous les besoins du service ; les élèves peuvent disséquer jusqu'à l'époque des examens d'anatomie. Pendant l'été, les ressources de l'amphithéâtre sont utilisées pour les travaux de médecine opératoire.

D'après le nouveau régime d'études médicales qui sera inauguré le 1er novembre courant, les étudiants en médecine peuvent subir, devant l'école à laquelle ils appartiennent, les examens de doctorat qui concernent l'anatomie et la physiologie. Deux sessions d'examen ont lieu à cet effet en avril et en août, elles sont présidées par un professeur de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse. Les étudiants ont ensuite tout intérêt à faire leur troisième année à l'école de Clermont, il leur sera difficile, en effet, de trouver des services de clinique mieux fournis.

L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand dans lequel sont installées les cliniques, a en outre deux services de médecine, un service de chirurgie et un dispensaire de maladies d'enfants. Cet hôpital reçoit les indigents du département du Puy-de-Dome et l'absence de tout autre grand hopital dans la région du centre en fait le rendez-vous de tous les cas chirurgicaux intéressants de cette région. Du reste les statistiques de la clinique chirurgicale, dans ces deux dernières années, accusent un total supérieur à trois cents grandes opérations annuellement.

Dans les jardins même de l'Hôtel-Dieu se trouve la maternité qui appartient à l'Ecole de Médecine du 15 mars au 15 novembre; les étudiants de troisième année peuvent assister à tous les accouchements ainsi qu'aux opérations obstétricales.

L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand met chaque année 6 places d'internes au concours, les titulaires reçoivent cinquante francs par mois comme appointements, et sont nourris les jours de garde. Les places de prosecteur, de préparateur de physique et de chimie, sont rétribuées et données au concours. Enfin, l'Ecole dispose d'une somme annuelle de 650 francs de rente léguée par MM. Renoux, Nivet, Fleury et Bertrand pour être distribuée en prix aux élèves des trois années tant en médecine qu'en pharmacie.

Ecole réorganisée de Dijon.

Circonscription de l'École (Côte-d'Or, Haute-Marne, Nièvre, Yonne, Saône-et-Loire).

Directeur : M. Deroye. — *Secrétaire* : M. A. Bossu. — *Directeur honoraire* : M. Gautrelet. — *Professeurs honoraires* : MM. Fleurot et Maillard.

Professeurs titulaires.

Anatomie : M. Pauffard. — *Histologie* : M. Collette. — *Pathologie externe* : M. Broussolle. — *Pathologie interne* : M. Misset. — *Accouchements*: M. Gautrelet. — *Pharmacie* : M. Viallanes. — *Histoire naturelle* : M. Laguesse. — *Chimie* : M. Pigeon. — *Physique* : M. Brunhes, — *Clinique interne* : M. Deroye. — *Physiologie* : M. Tarnier. — *Clinique externe* : M. Parizot.

Professeurs suppléants.

Pathologie interne : M. Dubard. — *Pathologie externe*: M. Lagoutte. — *Anatomie*: M. Cottin. — *Physique et chimie*: M. Bellier. — *Histoire naturelle* : M. X...

Chefs de travaux anatomiques.

Physiologie : M. Quioc. — *Chimie* : M. Bellier.— *Anatomie* M. Zipfel. — *Médecine opératoire* : M. Lagoutte.

Chefs de clinique :

Clinique interne : M. Ed. Morlot. — *Clinique externe* : M. Perruchet. — *Accouchements*: M. Fontagny.

Les cours de l'Ecole sont complets en deux années, sauf quelques-uns des plus importants (Anatomie, Physique), qui sont terminés dans chaque année scolaire.

Les travaux pratiques de dissections durent tout le semestre d'hiver, ils ont lieu tous les jours de midi à quatre heures ; néanmoins les élèves peuvent disséquer, à cause de l'abondance des sujets, jusqu'au 15 avril, époque des examens du 2e de Doctorat. En été ont lieu des travaux de médecine opératoire et d'histologie. Pendant les deux semestres, les laboratoires de chimie sont ouverts aux Etudiants en Pharmacie et Médecine (1re année). Ajoutons que l'Enseignement (cours et travaux pratiques) de la Faculté des Sciences est combiné de façon à ce que les Etudiants puissent y acquérir un complément d'instruction et profiter du riche matériel des Facultés somptueusement installées maintenant.

En été, des herborisations ont lieu tous les dimanches, sous la direction du professeur de l'Ecole de médecine.

Pour les Etudiants de médecine de 2e et de 3e année, les cliniques médicale et chirurgicale ont lieu à l'Hôpital général. Elles comprennent, outre les services d'adultes, l'infirmerie des vieillards et la crèche. De plus, les salles militaires, ainsi que les services du médecin et du chirurgien de l'hôpital, libéralement ouverts aux Etudiants, apportent leur contingent d'observations d'autopsies et d'opérations. Le service des enfants malades est confié aux professeurs de l'Ecole de Medecine depuis 1890.

Grâce à l'administration des hospices, les services de chirurgie répondent aux exigences de l'antisepsie pour les installations de la pratique des grandes opérations.

L'Enseignement obstétrical a lieu à la Maternité du 1er avril au 1er octobre ; les Etudiants peuvent, jour et nuit, assister à toutes les opérations et suivre les accouchements normaux. La proximité de l'Asile des aliénés est aussi d'un grand secours pour compléter l'instruction des Etudiants qui peuvent, le dimanche, suivre les visites des médecins de l'établissement.

Chaque année, il y a un concours pour des places de préparateurs, de prosecteurs et d'aides d'anatomie. A l'Hôpital, il y a également des concours pour les places d'internes (au nombre de deux) et d'externes (au nombre de quatre).

Le stage fait par les internes leur compte dans leur scolarité auprès des Facultés, de sorte que les étudiants peuvent, jusqu'à leurs derniers examens, continuer leurs études de doctorat et préparer leur thèse pendant leur internat.

Outre les prix de l'École, il y a un prix annuel de clinique dé-

cerné, sur l'avis de l'Ecole, à l'Etudiant qui a le mieux rempli les fonctions d'interne à l'hôpital (Prix Picamelot). — Notons, pour terminer, que la Bibliothèque de l'Ecole possède plus de 3,000 volumes, les périodiques et les thèses Elle est ouverte aux Etudiants de midi à 5 heures.

Le Musée d'anatomie normale comprend de nombreuses pièces artificielles et une ample collection d'os, de sorte que les Etudiants peuvent en profiter et pendant la leçon du professeur et dans l'intervalle des cours, tous ces matériaux étant entièrement à leur disposition, sous la surveillance du prosecteur d'anatomie.

Plusieurs vitrines renferment des pièces pathologiques : ce sont principalement des fractures et affections du système osseux, leur nombre s'accroît chaque année.

Concours pour l'emploi de Chef des travaux physiques et chimiques. — Conformément à l'arrêté de M. le Ministre de l'Instruction publique, en date du 2 octobre 1896, ce concours s'ouvrira le 5 avril 1897, à 8 heures du matin, dans la salle des cours de l'Ecole. Nul ne peut être admis à concourir s'il n'est Français ou naturalisé français, docteur en Médecine, ou pharmacien de 1re classe, ou licencié ès sciences physiques, et âgé de vingt-cinq ans accomplis. Les candidats devront se faire inscrire avant le 5 mars 1897, au secrétariat de l'Ecole de Médecine, et déposer entre les mains du secrétaire : 1° Leur acte de naissance; 2° leur diplôme de docteur en Médecine ou de Pharmacien de 1re classe ou de licencié ès sciences physiques; 3° l'indication de leurs titres ; 4° un exemplaire au moins des publications scientifiques dont ils seraient les auteurs. La durée des fonctions du chef des travaux physiques et chimiques est fixée à neuf années; il peut être maintenu dans ses fonctions à l'expiration de cette période, si les besoins du service l'exigent. Ses appointements sont fixés à 1,000 francs par an.

Les épreuves du Concours sont : 1° Une composition écrite sur une question de physique. — Quatre heures sont accordées pour la composition. Les candidats ne devront s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé. — 2° Une leçon orale de trois quarts d'heure de durée sur une question de chimie après trois heures de préparation dans une salle fermée. Les candidats ne devront s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé. — 3° Déterminer la nature des éléments chimiques d'un mélange donné. — Quatre heures sont accordées pour cette analyse qualitative, dans un laboratoire de l'Ecole et sous la surveillance d'un membre du jury. — Un quart d'heure est accordé pour l'exposition publique des résultats obtenus. — 4° Une manipulation de physique (mêmes conditions). — Trois heures sont accordées pour cette épreuve. — 5° Appréciation des titres et travaux scientifiques.

Ecole réorganisée de Grenoble.

Professeurs honoraires : MM. Michaud et Breton.

Directeur : M. Bordier.

Semestre d'hiver 1896-1897.

Les cours de ce semestre ont commencé le 3 novembre 1894.

Clinique médicale : M. Berger, professeur ; mardi et vendredi, à 10 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. Girard, professeur, lundi, jeudi, à 10 heures. — *Anatomie* : M. Allard, professeur, lundi, mercredi, jeudi, samedi, à 1 heure. — *Pharmacie et Matière médicale* : M. Verne, professeur, mardi, vendredi, à 8 heures 3/4. — *Chimie et Toxicologie* : M. Labatut, chargé de cours, lundi et jeudi, à 2 heures. — *Pathologie médicale* : M. Pegoud, professeur, mardi, mercredi, vendredi et samedi, à 4 heures 1/2. — *Histoire naturelle (Zoologie)* : M. Bordier, professeur-directeur lundi, jeudi, à 10 heures. — *Physique* : M. X..., mercredi, samedi, à 9 heures. — *Clinique obstétricale et Gynécologie* : M. Gallois, professeur, mercredi, samedi, à 10 heures. — *Anatomie cours complémentaire* : M. Perriol, chef de travaux d'anatomie, mardi, vendredi, à 1 heure. — *Conférences de bactériologie* : M. Berlioz.

Semestre d'été 1897.

Les cours de ce semestre commenceront le 1er avril 1897.

Clinique médicale : M. Berger, professeur; M. Porte, professeur suppléant — *Clinique chirurgicale* : M. Girard, professeur. — *Clinique obstétricale et Gynécologie* : M. Gallois, professeur. — *Histoire naturelle (botanique)* : M. Bordier, professeur-directeur. — *Pharmacie et Matière médicale* : M. Verne, professeur. — *Chimie et Toxicologie* : M. Labatut, chargé de cours. — *Pathologie chirurgicale et Médecine opératoire* : M. Turrel, professeur. — *Physiologie* : M. Montaz, professeur. — *Physique* : M. X... — *Histologie* : M. Berlioz, professeur.

Travaux pratiques.

Semestre d'Hiver.

Ophtalmologie : M. Deschamps, professeur suppléant, jeudi, à 8 heures 1/2. — *Histoire naturelle* : M. X..., professeur suppléant, mardi, samedi, à 3 heures. — *Physique* : M. Dodero, délégué à la suppléance, mardi, à 3 h. — *Pharmacie* : M. Baboin, professeur suppléant, vendredi, à 2 heures — *Bactériologie* : M. Berlioz. — *Dissection* : M. Perriol, chef de travaux, tous les jours de 2 heures à 4 heures 1/2. Les dissections ont lieu sous la direction de M. le chef des travaux anatomiques. — *Chimie* : M. Romeyer, chef des travaux de clinique.

Semestre d'Eté.

Ophtalmologie : M. Deschamps, professeur suppléant. — *Histologie* : M. Douillet, professeur suppléant. — *Pharmacie* : M. Baboin, professeur suppléant. — *Histoire naturelle (botanique)* : M. X..., professeur suppléant. — *Chimie* : M. Romeyer, chef de travaux de chimie. — *Physique* : M. Dodero, délégué à la suppléance.

Circonscription de l'Ecole de Grenoble : Isère, Drôme, Hautes-Alpes, Ardèche, Savoie, Haute-Savoie, Ain.

Les étudiants en médecine inscrits dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires réorganisées, subissent le 1er et le second examen de doctorat devant l'Ecole à laquelle ils appartiennent. Il est présidé par un professeur de Faculté désigné par le Ministre. Ils passeront le troisième examen devant une Faculté, mais se prépareront à l'Ecole réorganisée pendant leur troisième année d'études. Les sessions d'examen ont lieu, dans les Ecoles de plein exercice et dans les Ecoles préparatoires réorganisées, deux fois par an, aux dates fixées par le Ministre. Les modifications relatives à la réorganisation des études médicales ne seront mises à exécution qu'à partir du 1er novembre 1895.

Les aspirants inscrits avant cette époque subiront leurs examens conformément au décret du 20 juin 1878, c'est-à-dire, à l'Ecole de Grenoble, réorganisée, mais sur les matières exigées par ce décret de 1878. Ils devront, en se faisant inscrire, justifier soit du baccalauréat ès lettres, soit du baccalauréat d'enseignement secondaire classique (lettres, philosophie) et du baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique. L'aspirant au titre de pharmacien de première classe doit produire un diplôme de bachelier. L'aspirant au titre de pharmacien de deuxième classe doit produire en s'inscrivant le certificat d'études et le certificat de validation du stage. Le registre des inscriptions sera ouvert pour le premier trimestre du 20 octobre au 5 novembre inclusivement et pendant les quinze premiers jours des trois autres trimestres. L'inscription ne sera acquise et délivrée que dans les huit premiers jours du trimestre suivant, et seulement dans le cas où l'élève aura préalablement justifié de sa présence aux exercices obligatoires, pendant tout le trimestre écoulé. Le stage dans les hôpitaux, exigé des aspirants au doctorat en médecine et des aspirants au titre d'officier de santé, est obligatoire pour tous les élèves. Il doit commencer, pour les uns comme pour les autres, après la quatrième inscription validée, et se continuer jusqu'à la douzième inclusivement. Chaque année de stage réglementaire, se compose, déduction faite des vacances, de dix mois complets de service effectif, et commence régulièrement le 1er novembre pour se continuer sans interruption jusqu'au 31 août inclusivement. Les inscriptions prises à l'Ecole de médecine comptent pour toute leur valeur comme prise dans une Faculté. Les travaux pratiques sont obligatoires, la rétribution à verser est fixée pour les étudiants en médecine : à 15 francs par trimestre pour la première année ; à 10 francs par trimestre pour les deuxième et troisième années et 5 francs pour la quatrième année.

Les élèves en pharmacie qui aspirent au titre de pharmacien de première classe peuvent faire compter huit inscriptions d'Ecole préparatoire pour deux années dans une Ecole supérieure de pharmacie. Les élèves qui aspirent au titre de pharmacien de deuxième classe sont tenus de prendre douze inscriptions. Ces étudiants ne seront admis à prendre les cinquième et neuvième inscriptions qu'après avoir subi avec succès un examen de fin d'année. Les travaux pratiques sont obligatoires pendant les trois annés de cours. La rétribution à verser a été fixée à 25 francs par trimestre. Les sessions d'examens définitifs auront lieu aux époques suivantes : En août pour les officiers de santé, les sages-femmes, les pharmaciens de deuxième classe et les herboristes ; en novembre pour les mêmes, ajournés ou empêchés de se présenter. L'examen de validation de stage aura lieu aux mêmes époques. Par délibération de l'Ecole de médecine, des concours auront lieu à la fin de l'année scolaire ; les prix obtenus seront décernés dans la séance solennelle de rentrée.

Ecole de Limoges.

Directeur : M. CHÉNIEUX.
Directeur honoraire : M. RAYMONDAUD.
Secrétaire : M. PILLAULT.
Bibliothécaire : M. le Dr BLEYNIE.
Circonscription de l'école : Haute-Vienne, Corrèze, Dordogne et Lot.

ANNÉE SCOLAIRE 1896-1897.

L'Ecole est réorganisée à partir du 1er novembre 1895, et donnera l'enseignement préparatoire pour l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Les cours ont commencé le 3 novembre 1895.

Programme des cours.

SEMESTRE D'HIVER. — *Clinique interne :* M. P. LEMAISTRE, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 9 heures du matin, en congé et remplacé par M. Albert THOUVENET, suppléant. — *Clinique externe :* M. CHÉNIEUX, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures du matin. — *Anatomie :* M. J. LEMAISTRE, professeur, lundi, mercredi, vendredi, samedi, à midi et demi. — *Pathologie interne :* M. DÉRIGNAC, professeur, mardi, mercredi, vendredi; conférence, samedi, à 2 heures. — *Physique générale :* M. GUSSE, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. — *Physique biologique :* M. GUSSE, professeur, jeudi, à 5 heures. —*Histologie :* M. Gilbert RAYMONDEAU, professeur, lundi, mardi, jeudi, conférence, samedi à 4 heures. — *Clinique obstétricale et gynécologie :* M. L. BLEYNIE, professeur, lundi, mercredi, vendredi, samedi à 4 h. — *Chimie minérale,* BIAIS, professeur suppléant, lundi, mardi, vendredi, conférence, samedi à 10 heures et demie. — *Sciences naturelles : zoologie botanique :* DEVAUX, professeur suppléant, lundi, mercredi, vendredi à 9 heures et demie.

SEMESTRE D'ÉTÉ. — *Clinique externe :* M. CHÉNIEUX, professeur, directeur de l'école, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin. — *Clinique interne :* M. P. LEMAISTRE, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. du matin, suppléé par M. A. THOUVENET, professeur suppléant. —*Physiologie :* M. THOUVENET, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 2 heures. — *Pathologie externe :* M. RAYMOND, professeur, lundi, mercredi, vendredi; conférence, samedi, à 3 heures. — *Sciences naturelles :* M. BOUDET, professeur, mardi, mercredi, vendredi; conférence samedi, à 5 heures du soir. — *Pharmacie et matière médicale :* M. PILLAULT, professeur, lundi, mardi, vendredi; conférence, samedi, à 10 h. du matin. — *Chimie organique, chimie biologie, toxicologie :* M. PEYRUSSON, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. — *Physique générale :* M. GUSSE, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. — *Physique biologique :* M. GUSSE, prof., jeudi, à 5 heures. — *Clinique obstétricale et gynécologie :* M. L. BLEYNIE, professeur, lundi, mercredi, vendredi, samedi, à 4 heures.

Professeur honoraire : M. RAYMONDAUD, directeur honoraire.

Cours complémentaires et conférences.

Travaux pratiques de micrographie, herborisations, M. DEVAUX, professeur suppléant, lundis et jeudis, de 7 h. à 11 h. du matin.

Anatomie générale, histologie et embryologie. — M. EYMERI, professeur suppléant, les lundis, mercredis, vendredis, à 2 h.

Conférences et manipulations chimiques et analytiques. — M. BESNARD, chef des travaux chimiques. Du 15 novembre au 15 mars, Mercredi et jeudi, de 1 h. à 4 heures; samedi de 8 heures à midi.

Conférences et travaux chimiques et physiques : M. BESNARD, chef des travaux chimiques, M. BIAIS. Du 15 avril au 31 juillet : Mercredi et jeudi, de 1 h à 5 h.; samedi, de 8 h. à midi.

Cours complémentaires d'anatomie : M. MARIAU, chef des travaux anatomiques. Mardi et jeudi à midi 1/2 ; *Conférence :* Lundi et vendredi à 2 h.

Minéralogie et Hydrologie. — M. LAROULANDIE, professeur suppléant, mercredi, vendredi,

Physique, travaux pratiques. — M. BIAIS, professeur suppléant, mercredi. à 2 heures.

Physiologie, travaux pratiques. — M. DELOTTE, professeur suppléant, mardi, jeudi, samedi à 4 heures.

Bactériologie. — M. Albert THOUVENET, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures.

Professeurs suppléants : MM. G. EYMERI, DELOTTE, DEVAUX, Albert THOUVENET, LAROULANDIE, BIAIS. — *Chef des travaux anatomiques :* M. MARIAU. — *Chef des travaux chimiques :* M. BESNARD. — *Prosecteur :* M. ANSONNEAU. — 3 *Préparateurs de physique, chimie, pharmacie, histoire naturelle et* 2 *Chefs de clinique.*

L'Ecole de Limoges présente des facilités particulières pour l'étude de l'anatomie. Les cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale s'exercent dans un vaste hôpital civil et militaire dont les différents services comprennent plus de 400 malades, blessés, femmes en couches, etc. La maternité vient d'être totalement reconstruite avec tous les aménagements réclamés par les progrès de l'hygiène moderne. Tous les ans, six places d'internes dans cet établissement sont mises au concours à l'hôpital. Limoges possède une Société de médecine et de pharmacie, un journal, organe de cette Société. L'importante bibliothèque médicale de la ville a été transférée dans une des salles de l'Ecole ; elle est ouverte tous les jours aux élèves.

Ecole de Poitiers *(réorganisée).*

ANNÉE SCOLAIRE 1896-1897.

Directeur : M. CHÉDEVERGNE. — *Secrétaire :* M. ROCHE.

Les Cours du semestre d'hiver commencent le 3 novembre et finissent le 15 mars. — Les Cours du semestre d'été commencent le 15 mars et se terminent à la fin du mois de juillet.

Semestre d'hiver. — *Clinique externe :* M. CHRÉTIEN, leçons du professeur, les mardis et vendredis, à 9 h. 1/2. — *Anatomie :* M. BUFFET-DELMAS, leçons du professeur, les lundis, mardis, jeudis et samedis, à midi 1/2.— M. BERLAND, chef des travaux anatomiques, les lundis, mercredis, vendredis et samedis, à 4 heures. — M. LATRILLE, suppléant, leçons et conférences, les mercredis et vendredis, à midi 1/2; les mardis et jeudis, à 4 heures. — *Clinique interne :* M. CHÉDEVERGNE, leçons du professeur, les mercredis et samedis, à 9 h. 1/2. — *Pathologie interne :* M. DE LA GARDE, les lundis, mercredis et vendredis, à 5 heures. Conférence le samedi à la même heure. — *Pharmacie et matière médicale :* M. JOUTEAU, les mardis, jeudis et samedis, à 2 heures. — *Clinique obstétricale :* M. ROLAND, leçons du professeur, les lundi et jeudis à 9 h. 1/2. — *Physique :* M. GARBE, les mardis, mercredis et vendredis, de 8 h. à 9 heures. — *Chimie :* M. GUITTEAU, les lundis, mercredis et vendredis, à 1 heure. — *Botanique :* M. Maurice LÉGER, les lundis et vendredis, de 9 heures à 10 heures.

Semestre d'été. — *Clinique externe :* M. CHRÉTIEN, les mardis, et vendredis, à 9 h. 1/2.— *Clinique interne :* M. CHÉDEVERGNE, leçons du professeur, les mercredis et samedis, à 9 h. 1/2. — *Physiologie :* M. DELAUNAY, les lundis, mercredis et samedis, à 1 h. 1/2, Conférence les mercredis, à 3 h. — *Pathologie externe :* M. POISSON, leçons du professeur, les mardis, jeudis et vendredis à 1 h. 1/2; M. MALAPERT, chargé du cours. — *Clinique obstétricale :* M. ROLAND, les lundis et jeudis, à 9 h. 1/2. — *Histologie :* M. BROSSARD, les mardis, jeudis et samedis, à 1 h. 1/2. Conférence le vendredi, à 3 heures. — *Médecine opératoire :* M. POISSON, professeur, les mardis et samedis à 10 h. 1/2; M. MALAPERT, chargé du cours. — *Zoologie :* M. POIRAULT, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures. — *Herborisations :* M. POIRAULT, le jeudi ou le dimanche.

Conférences et cours complémentaires.

Les cours complémentaires sont faits et les travaux pratiques sont dirigés par les suppléants et les chefs des travaux.

Conférences d'ophtalmologie : M. LATRILLE, les mardis et jeudis, à 10 h. 1/2 du matin. — *Chimie et physique,* M. L. GUITTEAU, mercredi, à 2 h. — *Chirurgie militaire :* M. MALAPERT, les lundis, mercredis et vendredis, à 10 h. — *Cours de médecine dentaire :* M. MOORE, samedi, à 8 h. — *Conférences de Minéralogie et hydrologie :* M. LLAGUET, les lundis et vendredis à 8 h. — *Physiologie :* M. DELAUNAY, professeur, les lundis et samedis, à 3 heures. Conférences supplémentaires. — *Anatomie, histologie et médecine opératoire :* M. BERLAND, les mardis, jeudis et samedis, à 3 heures. — *Conférences de toxicologie :* M. L. GUITTEAU, les mardis et jeudis, à 3 h. 1/4.

Travaux pratiques.

Etudiants en médecine. 1re, 2e, 3e année : *Anatomie :* M. BERLAND. — 2e et 3e année : *Histologie :* M. BERLAND. — 2e et 3e année : *Physiologie :* M. LATRILLE. — 3e année : *Médecine opératoire :* M. BERLAND.

Etudiants en pharmacie. 1re année : *Chimie minérale élémentaire :* M. L. GUITTEAU. — 2e année : *Chimie analytique :* M. GUITTEAU. — 3e année : *Histoire naturelle :* M. LÉGER. — 3e année : *Physique :* M. L. GUITTEAU.

Ordre des cours suivant les années d'étude.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (1re *année*).— *Pendant le semestre d'hiver :* Les cours d'anatomie, de chimie et de toxicologie, les travaux de dissection, les travaux pratiques de chimie, les travaux pratiques d'histoire naturelle. — *Pendant le semestre d'été :* Les cours de clinique externe, de physiologie, d'histoire naturelle, de physique, de pathologie externe, les travaux pratiques de chimie, les travaux pratiques de physique.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (2e *année*). — *Pendant le semestre d'hiver :* Les cours de clinique externe, de pathologie interne, de thérapeutique, d'anatomie, les travaux de dissection. — *Pendant le semestre d'été :* Les cours de clini-

que interne, de physiologie, d'accouchement et de maladies des femmes et des enfants, d'hygiène, d'histoire naturelle, de pathologie externe.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (3e année). — *Pendant le semestre d'hiver* : Les cours de clinique externe, de clinique interne, de pathologie interne, de thérapeutique, les travaux de dissection. — *Pendant le semestre d'été* : les cours de clinique interne, d'accouchement et de maladies des enfants, d'hygiène.

Le service hospitalier comprend trois hôpitaux : l'Hôtel-Dieu, où ont lieu les cliniques ; l'Hôpital général, réservé aux vieillards, aux enfants et aux maladies mentales ; l'Hospice des Incurables, qui comprend un service de vénériennes et d'épileptiques. — Une clinique obstétricale est instituée à la Maternité.

Ces nombreux services rendent très faciles, pour les élèves, l'étude clinique des maladies, ainsi que celle de l'anatomie et de l'anatomie pathologique. Huit tables d'amphithéâtre permettent à huit séries de prendre simultanément part aux travaux.

Les internes, le prosecteur, les aides d'anatomie et les chefs de clinique sont nommés au concours à mesure que se produisent les vacances. Les élèves sont aussi appelés à profiter des cours de la Faculté des sciences de Poitiers, qui, par suite d'une entente entre les professeurs, complètent ceux de l'Ecole de médecine. Ils sont même autorisés à prendre part aux travaux pratiques qui s'y font et qui peuvent leur être utiles.

La bibliothèque de l'École de médecine, celle de la Ville et celle des Facultés sont chaque jour ouvertes aux étudiants en médecine. Celle de l'Ecole a été récemment, de la part de M. le Dr Raymondet, l'objet d'une importante donation (près de 700 volumes de médecine).

Les collections de l'Ecole sont également bien pourvues, par suite de legs très considérables de plusieurs professeurs de l'Ecole, et par suite des divers concours où des pièces d'anatomie doivent être préparées. L'anatomie pathologique offre des spécimens très remarquables.

Les étudiants devant passer les deux premiers examens de doctorat sans quitter l'École, tout y est organisé pour les y préparer. M. Garbe, professeur de physique à la Faculté des Sciences, fait un cours à l'Ecole de Médecine deux fois par semaine. M. le Dr L. Guitteau, fils, licencié ès sciences naturelles, leur fait un cours complémentaire de zoologie et de botanique et les examine sur ces matières. Le chef des travaux exerce tous les jours, pendant le semestre d'hiver, théoriquement et pratiquement, les étudiants de 2e et de 3e année, en vue de la 1re partie du second examen. Indépendamment des cours de chimie que les élèves suivent à l'Ecole, ils sont admis à la Faculté des Sciences aux conférences de chimie analytique et de chimie biologique.

Ecole de Reims (*réorganisée*).
(1896-1897)

Directeur : M. le Dr A. Luton. — *Secrétaire* : M le Dr A. Pozzi.

La circonscription de l'Ecole de Reims comprend, pour les pharmaciens, les herboristes et les sages-femmes de 2e classe, les départements de la Marne, des Ardennes, de la Meuse, de Seine-et-Marne et de l'Aube. L'Ecole a ouvert ses cours le vendredi 3 novembre, selon le programme suivant.

Semestre d'hiver.

Anatomie : M. L. Harman, M. Colleville, tous les jours (le dimanche excepté), à 11 h. du matin. Une conférence par semaine. — *Clinique chirurgicale* : M. A. Decès, les lundis, mercredis et vendredis, à l'Hôtel-Dieu, à 8 heures du matin. Une leçon hors des salles — *Clinique médicale* : M. Luton, les mardis, jeudis et samedis, à l'Hôtel-Dieu, à 8 heures du matin. Une leçon hors des salles. — *Chimie générale* : M. Pont, les mardis et vendredis, à 5 heures du soir. Une conférence par semaine. — *Clinique obstétricale* : M. A. Panis, tous les jours, à l'Hôtel-Dieu, à 11 heures du matin. — *Physique* : M Bagnérit, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures du soir. Une conférence par semaine. — *Pharmacie* : M. Lajoux, les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures du soir. Une conférence par semaine, le lundi, à 1 heure. — *Travaux pratiques d'anatomie et d'histologie* : MM. Colleville, suppléant et E. Luton, chef des travaux anatomiques, tous les jours à 1 heure 1/2; conférences les lundis, mercredis et vendredis, à 2 heures. — *Travaux de laboratoire de chimie, de physique et de pharmacie* : MM. Pont, Bagnéris et Cordier, suppléants et en même temps chefs des travaux chimiques, les lundis, mercredis et vendredis, de 2 heures à 4 heures. — *Travaux pratiques de physiologie* : M. E Wier, chef des travaux. — *Pathologie externe* : M. Pozzi, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures. Une conférence par semaine. — *Zoologie* : M. Laurent, suppléant, les mardis, jeudis et samedis, à trois heures. — *Histologie* : M. Hache, professeur, les mardis, jeudis et samedis. — *Pathologie générale* : M. Jacquinet, suppléant, les lundis et jeudis. — *Matière médicale* : M. Cordier, suppléant, les lundis, mardis et mercredis.

Semestre d'été.

Physiologie : M. Langlet, titulaire, les lundis, mercredis et samedis, à 11 heures du matin. Une conférence par semaine, le lundi, à 3 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. A. Decès les lundis, mercredis et vendredis, à l'Hôtel-Dieu, à 8 heures du matin. Une leçon hors des salles. — *Clinique médicale* : M. Luton, les mardis, jeudis et samedis, à l'Hôtel-Dieu, à 8 heures du matin. Une leçon hors des salles. — *Clinique obstétricale* : M. A. Panis, tous les jours, à l'Hôtel-Dieu, à 11 h du matin. — *Pathologie interne* : M. Henrot, les mardis, vendredis et samedis, à 5 heures du soir. Une conférence par semaine, le samedi, même heure. — *Pathologie externe* : M. Pozzi, professeur, les lundis, mercredis et vendredis. — *Chimie organique et toxicologie* : M. Grandval, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 h. du soir. Une conférence le samedi, à 1 heure. — *Botanique* : M. Topsent, professeur, les lundis, jeudis et samedis. Une conférence par semaine (herborisation). — *Travaux de laboratoire de chimie, de physique, de pharmacie, de botanique et de zoologie* : MM. Pont, Bagneris, Cordier, Topsent, Laurent, chefs des travaux, tous les jours. — *Histologie* : M. Hache, professeur, les lundis et mercredis, *Bactériologie* : M. X... — *Physique* : M. Bagnéris, professeur, les lundis, mercredis et vendredis. — *Médecine opératoire* : M. Pozzi.

Reims, le 1er novembre 1896.

Mon cher Rédacteur,

L'Ecole de médecine de Reims a, comme un certain nombre de centres provinciaux, bénéficié largement du mouvement qui s'est produit dans l'opinion publique en faveur des études bactériologiques après les travaux et les découvertes de l'Institut Pasteur.

Grâce à une souscription publique, l'Ecole de médecine a pu voir s'augmenter ses services et améliorer ses bâtiments. Un étage a été construit dans lequel on a remarquablement bien installé les laboratoires de micrographie et de bactériologie, officiellement inaugurés par le Président de la République lors de son passage à Reims.

Une des conditions de l'organisation de ce dernier laboratoire a été précisément de lui permettre, en même temps que de servir aux praticiens de la région pour les recherches bactériologiques, de pouvoir être utilisé pour l'enseignement. Aussi l'Ecole, dont dépend le laboratoire, intervient avec la Municipalité dans la désignation du directeur de ce service.

L'augmentation constante du nombre des élèves va nécessiter des améliorations parallèles dans les services de la physique et de la chimie. Ni comme emplacement, ni comme matériel, la chimie n'est convenablement pourvue, et n'était l'aide qu'elle trouve dans les locaux d'un autre établissement éloigné de l'école, elle ne pourra pas suffire, et en fait on peut dire qu'elle ne suffit pas aux élèves du certificat d'études et surtout aux élèves en pharmacie.

Il est donc absolument indispensable qu'on crée un beau et vaste laboratoire de chimie. L'emplacement existe, l'opinion est unanime à ce sujet; il ne manque qu'une chose, l'argent. On le trouvera quand on voudra, et nous avons l'espoir que ce sera bientôt, lorsque le Conseil municipal, trop hésitant, se décidera à recourir à un emprunt qu'il ne peut manquer de faire pour améliorer divers services insuffisament dotés de l'enseignement public.

Au point de vue du personnel, il y a lieu aussi de compléter l'enseignement de la physique et de la chimie biologiques. C'est ce qui va être fait, et nous pourrons dire alors que l'Ecole de Médecine soutiendra son ancien renom et viendra sérieusement en aide aux Facultés voisines pour les premières années des études médicales. Il ne serait pas impossible même que ceux qui s'inscrivent à Paris et qui ne peuvent trouver place dans les laboratoires et les amphithéâtres, ne viennent nous demander secours, sûrs d'avoir chez nous les emplacements et les cadavres qui leur font défaut ailleurs.

Bien à vous, Dr Langlet.

Ecole de Rouen (*réorganisée*)
ANNÉE SCOLAIRE 1896-1897.

Circonscription de l'École. — Départements : Seine-Inférieure, Eure, Seine-et-Oise.

Date de la rentrée solennelle : le 5 novembre à 2 heures.

Directeur honoraire : M. Delabost. — Professeur honoraire : M. Blanche. — Directeur : M. Brunon. — Secrétaire : M. Rossignon.

Semestre d'Hiver (3 novembre au 15 mars).

Clinique interne (Hôtel-Dieu) : M. OLIVIER. — *Clinique externe* (Hôtel-Dieu) : M. CERNÉ. — *Clinique obstétricale et gynécologique* (Hospice Gén.) : M. A. MARTIN. — *Travaux anatomiques* (Laboratoire) : M. BATAILLE. — *Pathologie externe* (Ecole de médecine) : M. Fr. HUE. — *Médecine opératoire* (Laboratoire) : M. Fr. HUE. — *Anatomie* (Laboratoire) : MM. TINEL et BATAILLE. — *Physique médicale* (Ecole de médecine) : M. BUGUET. — *Physique médicale* (Manipulations) : M. BUGUET. — *Histoire naturelle* (Ecole des sciences) : M. MESNARD.—*Chimie et Toxicologie* (Ecole de médecine) : M. GASCARD. — *Histologie végétale* (Ecole de médecine) : M. DUMONT. — *Travaux chimiques*: M GASCARD. — *Bactériologie* (Cours libre. — Laboratoire) : M. C. NICOLLE. — *Clinique des maladies chirurgicales de l'enfance* (Cours libre) : M. Fr. HUE.

Semestre d'Eté (Du 16 mars au 31 juillet).

Clinique interne (Hôtel-Dieu) : M. OLIVIER. — *Clinique externe* (Hôtel-Dieu) : M. CERNÉ. — *Clinique obstétricale et gynécologique* (Hospice Gén.) : M. A. MARTIN. — *Anatomie pathologique* (Cours compl. Hôtel-Dieu) : M. NICOLLE. — *Physiologie* (Ecole de médecine) : M. PENNETIER. — *Pathologie interne* (Ecole de médecine) : M. BRUNON. — *Anatomie générale et Embryogénie* (Cours compl. Hôtel-Dieu) : M. BATAILLE. — *Histologie* (Ecole de médecine) : M. LEUDET. — *Chimie médicale* (Ecole de médecine) : M. GASCARD. — *Histoire naturelle* (Ecole de médecine) : M. MESNARD. — *Travaux chimiques* (Ecole de médecine) : M. GASCARD. — *Matière médicale* (Cours compl., Ecole de médecine) : M. POUCHIN. — *Histologie végétale* (Cours compl., Ecole de médecine) : M. DUMONT. — *Pharmacie* : M. POUCHIN. — *Physique médicale* : M. BUGUET. — *Bactériologie* (Cours libre. — Laboratoire) : MM. LEUDET, C. NICOLLE. — Profes. suppléants : MM. NICOLLE, BUGUET, DUMONT, POUCHIN, BATAILLE. — Chef des travaux anatomiques : M. BATAILLE. — Chefs de clinique : MM. HALIPRÉ, N.., N...

Ecole de Tours.

Directeur : M. D. BARNSBY. — Secrétaire : M. GIRARD.

Programme des cours. — Semestre d'hiver.

Clinique médicale : M. Hip. THOMAS, professeur. Mercredi et samedi, à 9 h. du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. L. THOMAS, professeur. Lundi et vendredi, à 9 heures du matin. — *Clinique obstétricale* : M. THIERRY. Mardi et jeudi, à 9 heures du matin. — *Ophtalmologie* : M. L. THOMAS, professeur. Samedi, à 8 heures. — *Pathologie interne* : M. MEUNIER, professeur. Mardi, mercredi, vendredi, à 11 heures et demie. — *Hygiène*: M. ARCHAMBAULT, prof. suppléant. Lundi, samedi, à 4 heures. — *Anatomie* : M. LEDOUBLE, professeur. Lundi, mercredi, samedi, à midi et demi ; M. GUIBBAUD, professeur-suppléant. Mardi, vendredi, à midi et demi ; M. GILLES, chef des travaux. Conferences. Lundi, jeudi, à 3 heures. — *Physique* : M. WOLFF, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à une heure. — *Histoire naturelle médicale (Zoologie)* : M. AUGIS, prof. suppl. Lundi, vendredi, à 3 h. — *Chimie et toxicologie*: M. GRANDIN, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. — *Physique biologique* : M. WOLFF, professeur. Cours et Manipulations. Samedi à 3 heures. — *Histologie* : M. PARISOT, chef des travaux.

Travaux pratiques. — Semestre d'hiver.

Travaux anatomiques : M. GILLES, chef des travaux. Tous les jours à une heure et demie. — *Micrographie végétale* : M. AUGIS, prof. suppl. Lundi et vendredi, de 1 heure à 4 heures. — *Chimie* : M. PASQUIER, chef de travaux. Mardi, jeudi, samedi, de 2 h. à 5 h.

Semestre d'été.

Clinique médicale: M. Hip. THOMAS, professeur. Mercredi et samedi, à 9 h. du matin. — *Clinique chirurgicale*: M. L. THOMAS, professeur. Lundi, vendredi, à 9 heures. — *Clinique obstétricale* : M. THIERRY, professeur. Mardi et jeudi, à 9 heures du matin. — *Physiologie*: M. GUIBBAUD, professeur. Mardi, mercredi, vendredi, à 2 heures. — *Thérapeutique* : M. BODIN, professeur. Lundi, jeudi, samedi, à 3 heures. — *Histoire naturelle médicale* : M. BARNSBY, professeur. Botanique : mardi, mercredi, vendredi, à 3 heures. Herborisation : le dimanche. — *Pathologie externe* : M. HERPIN, professeur. Mardi, mercredi, vendredi, à 3 heures. — *Pharmacie* : M. LENORMAND, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures un quart. — *Clinique des Maladies mentales* : M. ARCHAMBAULT, suppl. Mardi, à 10 heures. — *Matière médicale* : M. FARÉ, prof. suppl. Mardi et jeudi, à 4 heures un quart. — *Médecine opératoire* : M. DELAGÉNIÈRE, prof. suppléant. Mardi, vendredi, à 4 heures.—*Chimie biologique* : M. GRANDIN, prof. Samedi, à 4 heures. — *Histoire naturelle des parasites* : M. AUGIS, suppléant. Jeudi, à 4 heures.

Travaux pratiques. — Semestre d'été.

Chimie : M. PASQUIER, chef de travaux. Lundi, mercredi, vendredi, de 1 heure à 3 heures. — *Physique* : M. PASQUIER, chef de travaux. Mardi, samedi, de 1 heure à 3 heures. — *Physiologie*: M. PARISOT, chef de travaux. Lundi, de 1 h. à 3 h. — *Histologie* : M. GILLES, chef des travaux. Jeudi, de 1 h. à 3 h. — *Médecine opératoire* : M. LAPEYRE.

Emplois de l'École accessibles aux Étudiants.

Prosecteur d'anatomie. — Aide d'anatomie et de physiologie. — Préparateur de chimie et de pharmacie. — Préparateur d'histoire naturelle. — Préparateur de physique. — (Chacun de ces emplois rétribués n'est donné qu'après un concours devant l'École.)

Concours annuels.

Internat en médecine (6 titulaires). Externat en médecine (12 titulaires). — Internat en pharmacie (5 titulaires et 2 provisoires). — Prix pour les différentes années en médecine et en pharmacie. (Médailles de bronze, d'argent et de vermeil.) — Prix pour les travaux pratiques de chimie, de physique et de micrographie. — Prix pour les travaux de dissection (2e et 3e années).

Fondation de Mme Vve Riffault.— *Prix L. Tonnellé.— Une médaille d'or de 150 francs* sera décernée à la suite d'un concours annuel entre les étudiants en médecine de 3e et 4e années, inscrits à l'Ecole et interne à l'Hôpital de Tours.

ECOLE PRINCIPALE DE MEDECIME NAVALE ET COLONIALE DE BORDEAUX.

Directeur: M. BOURRU, médecin en chef de la marine.—*Sous-directeur*: M. AMBIEL, médecin principal. —*Pathologie externe. Accouchements* : M. DUFOUR, médecin de 1re classe, professeur. — *Anatomie. Médecine opératoire* : M. TOREL, médecin de 1re classe, professeur. — *Histologie normale et pathologique. Bactériologie* : M. LE DANTEC, médecin de 1re classe, professeur. — *Pathologie interne. Thérapeutique* : M. PLANTÉ, médecin de 1re classe, professeur. — *Physiologie. Hygiène. Médecine légale* : M. LE MÉHANTÉ, médecin de 1re classe, professeur. — *Physique, Chimie, Histoire naturelle médicales* : M. LERAY, pharmacien de 1re classe, professeur.

Ecole principale du service de santé de la Marine.

Les jeunes gens qui désirent entrer dans la médecine navale, doivent satisfaire aux obligations universitaires en ce qui concerne les diplômes de bachelier et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. Ils demandent alors au ministre de la Marine d'être admis comme étudiants à l'une des écoles-annexes de Brest, Rochefort ou Toulon, pour y faire leur première année d'études de médecine. A la fin de cette année, ils se présentent à un concours pour entrer à l'école principale du service de santé qui est établie à Bordeaux.

Dans cette école, ils reçoivent l'enseignement de la faculté de médecine secondé par les conférences et répétitions qui sont données dans l'école. Quand ils ont acquis leurs seize inscriptions, c'est-à-dire après quatre ans d'études, il leur est accordé trois mois pour achever les examens de doctorat et soutenir la thèse.

Une fois docteurs, ils sont nommés médecins stagiaires à l'Ecole d'application de Toulon, où ils reçoivent l'instruction pratique sur la chirurgie d'armée, l'hygiène navale, la pathologie exotique, etc.

Enfin après un dernier concours pour déterminer leur classement, ils sont nommés medecins de 2e classe de la marine.

Toutefois, à la sortie de l'Ecole de Bordeaux, un certain nombre d'entre eux sont nommés médecins de 2e classe des colonies et employés immédiatement dans le service colonial.

Les élèves en pharmacie peuvent accomplir dans les écoles-annexes de la Marine leurs trois années de stage, mais ils doivent y faire au moins la dernière année. Après l'examen de validation de stage, ils concourent pour l'Ecole principale et, à leur sortie, ils peuvent, comme leurs camarades de médecine, être placés dans le service de la Marine ou dans le service des Colonies.

ÉCOLES D'APPLICATION DE MÉDECINE NAVALE.

Ces Ecoles reçoivent pendant une année les étudiants qui se destinent à la marine et qui y sont acceptés par le Ministre en nombre proportionné aux besoins du recrutement ; puis les élèves

du service de santé de la marine sont admis, après concours, à l'École principale de Bordeaux; ils suivent alors les cours de la Faculté et sont répartis, une fois nommés médecins commissionnés, dans les écoles de Rochefort, Brest et Toulon, pour y compléter leur instruction pratique au point de vue de la pathologie exotique, de l'hygiène navale et de la chirurgie militaire et navale.

Ecole de Brest.

Directeur : M. Auffret. — *Sous-Directeur* : M. Friocourt.

Cours professés aux Etudiants de 1re année.

Anatomie descriptive: MM. Vergos, médecin de 1re classe, professeur. — *Histologie et Physiologie* : M. Salanoue-Ipin, médecin de 1re classe, professeur. — *Séméiologie médicale et chirurgicale. Petite chirurgie:* M. Piton, médecin de 1re classe, professeur. — *Physique biologique* : M. Rouhard, pharmacien principal, professeur. — *Chimie biologique* : M. Geffroy, pharmacien de 1re classe, professeur. — *Démonstrations. Ostéologie. Syndesmologie* : M. Tricard, médecin de 2e classe, prosecteur.

Ecole de Rochefort.

Directeur : M. Guès.

Cours professés aux étudiants du 1re année.

Anatomie descriptive : M. Geay de Couvalette, médecin de 1re classe. — *Physiologie et histologie* : M. Grand-Moursel, médecin de 1re classe. — *Séméiologie médicale et chirurgicale* : M. Lassabattie, médecin de 1re classe. — *Physique biologique:* M. Bourdon, pharmacien de 1re classe. — *Chimie biologique* : M. Lapeyrère, pharmacien principal.

Ecole de Toulon.

Directeur: M. Merlin.

Ecole annexe de Médecine navale.

Anatomie descriptive : M. Esclangon, professeur. — *Anatomie et Dissection*: M. N..., prosecteur. — *Histologie et Physiologie*: M. Girard, professeur.— *Chirurgie élementaire* : M. Boutin, professeur. — *Séméiologie médicale*: M. Suard, professeur. — *Physique biologique*: M. Sauvaire, professeur. — *Chimie biologique:* M. Chalmé, professeur.

Ecole d'application des Médecins stagiaires.

Chirurgie militaire et navale: M. Coquiard, professeur. — *Pathologie exotique et hygiène navale* : M. Gueit, professeur. — *Législation et administration* : M. Mathis, professeur. — *Clinique médicale* : Galliot, professeur ; M. Ségard, chef de clinique. — *Clinique chirurgicale* : M. Fontan, professeur ; M. Boutin, chef de clinique. — *Bactériologie:* M. Laffont, professeur. — *Application de la physique à la médecine*: M. Sauvaire, professeur. — *Essai des denrées alimentaires:* M. Chalme, professeur.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES DE LANGUE FRANÇAISE.

A. Belgique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BRUXELLES (1).

Président : M. Herlant. — Secrétaire : M. Carpentier.

Examen de candidat en médecine. (Art. 22 de la loi).

Histologie générale et spéciale: MM. G.-A.-V. Rommelaere, prof. ord. Mardi, jeudi et vendredi à midi. — *Exercices micrographiques* : MM. G.-A.-V. Rommelaere, prof. ord. Mardi et jeudi à 11 heures. — *Anatomie humaine systématique (Ostéologie, syndesmologie, névrologie)* : M. Sacré, professeur ord. Lundi, mardi et mercredi à 1 h. — *Anatomie humaine systématique (Myologie, angéiologie et splanchnologie)* : M. Lucien Wilmart, suppléant. Jeudi, vendredi et samedi à 1 h. — *Anatomie humaine topographique* : MM. Th. Hauben, prof. ord. Samedi à 11 h. et vendredi à 2 h. — *Démonstrations anatomiques* : M. Sacré, prof. ord., assisté du chef des travaux anatomiques. Tous les jours de 9 h. à midi. — *Physiologie spéciale et physiologie générale et embryologie* : MM. Heger, prof. ordinaire, et Spehl, prof. extraord. Mardi, jeudi et samedi, à ? heures. Héger, prof. ord., lundi à deux heures. — *Eléments d'anatomie comparée* : M. Yseux, prof. ordin. Lundi à deux heures. — MM. Stocquart, chef des travaux anatomiques. Gallemaerts, préparateur aux cours d'histologie. N..., prosecteur au cours d'anatomie humaine topographique. Brunin, prosecteur au cours d'anatomie humaine systématique.

Premier examen de docteur en médecine. (Art. 24 de la loi).

Thérapeutique générale et pharmaco-dynamique : M. E. Destrée, professeur extraordin. Mercredi et vendredi à 1 heure. *Pathologie et Thérapeutique spéciales des maladies internes*, MM. J. Crocq, profes. ordin., lundi, mercredi, jeudi et vendredi, à midi, et E. Carpentier, prof. extr., mardi et samedi, 1 heure, — *Psychiatrie* : M. Jos. Desmeth, prof. ordin. Lundi, à 1 heure. — *Pathologie générale* : M. Jos. Desmeth, prof. ordinaire. Lundi à une heure, mardi et samedi, à midi. — *Anatomie pathologique et exercices pratiques d'anatomie pathologique* : MM. L. Stiénon, prof. ord. Mercredi et vendredi à deux heures. — *Eléments de pharmacologie* : M. V. Jacques, prof. extr. Lundi et mardi, à deux heures. Vandervelde, préparateur aux cours d'anatomie pathologique.

Deuxième examen de docteur en médecine. (Art. 24 de la loi)

Pathologie chirurgicale, générale et spéciale : M. Thiriar, prof. extraord. Lundi, mercredi et vendredi, à onze heures. — *Théorie des accouchements* : M. E. Kufferath, prof. ordin. Lundi, mercredi et vendredi, à midi. — *Hygiène publique et privée* : M. Edouard de Smet, profes. ordinaire. Lundi, mercredi et vendredi, à une heure. — *Médecine légale* : M. Dallemagne, prof extraord. Lundi et mercredi, à trois heures. Bayet, préparateur au cours d'hygiène.

Troisième examen de docteur en médecine. (Art. 24 de la loi).

Clinique médicale (à Saint-Jean) : M. L. Stiénon, prof. ord. Lundi, mercredi et vendredi, à huit heures. — *Clinique chirurgicale* (à Saint-Jean): MM. Gallet, agrégé. Lundi et mercredi de neuf heures et demie à onze heures. — *Clinique médicale* (à Saint-Pierre) : M. G.-A.-V. Rommelaere, professeur ord. Mardi, jeudi et samedi de 8 heures à 9 heures.— *Clinique chirurgicale* (à Saint-Pierre) : M. Thiriar, profes. extraordin. Mardi, jeudi et samedi de 9 heures à 10 heures. — *Clinique obstétricale* (à la Maternité) : M. Kufferath, prof. ord. Mardi, jeudi et samedi, à deux heures. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales* : M. Laurent, prof. extr. Mardi, jeudi et samedi à midi. — *Exercices pratiques de médecine operatoire* : M. Laurent, prof. extr. Lundi, mercredi et vendredi, à 3 heures. — *Anatomie des régions et démonstrations* : M. Th. Hauben, prof. ord. Lundi et mercredi à deux heures. — *Ophtalmologie et clinique ophtalmologique* : M. J.-B. Coppez, profes. extr. Vendredi, à neuf heures et demie. — *Exercices pratiques d'ophtalmoscopie et d'ophtalmométrie* : M. Coppez, professeur extraord. Dimanche, à 11 heures. N..., prosecteur au cours d'anatomie des régions.

Cours Complémentaires.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées (à Saint-Pierre) : M. Edouard de Smet, prof. ordinaire. Mardi, jeudi et samedi de dix heures à onze heures et demie. — *Clinique externe des maladies des enfants* (à Saint-Pierre) : M. le Dr Charon, chirurgien de l'hôpital. Jeudi, de 9 h. à 10 h. — *Clinique interne des maladies des enfants* (à Saint-Pierre) : M. E. Tordeus, agr., jeudi, de 9 à 10 h. — *Clinique chirurgicale* (à Saint-Jean) : M. Lavisé, agr. Lundi et mercredi, de 9 h. 1/2 à 11 h. — *Clinique psychiatrique* (à Saint-Jean) : M. De Boeck, agrégé. Jeudi, à 3 h. 1/2. — *Clinique otologique* (à Saint-Jean) : M. Ch. Delstanche, doct. agrégé. Mardi à quatre heures et demie. — *Clinique laryngologique et rhinologique* (à Saint-Pierre) : M. A. Capart, agrégé. Mardi, jeudi et samedi, de dix heures à midi. — *Clinique gynécologique* (à Saint-Jean) : M. Rouffart, agrégé. Mardi, à 3 heures et demie. — *Clinique interne* (à l'hôpital de Molenbeek-Saint-Jean) : M. J. Crocq, prof. ordin. Lundi, mercredi et vendredi, à sept heures et demie. — *Clinique thérapeutique* (à Saint-Jean) : E. Destrée, professeur extraord. Mardi à trois heures et demie. — *Clinique des maladies nerveuses* (à Saint-Pierre) : M. E. Spehl, profes extr. Jeudi à trois heures et demie. — *Exploration clinique et diagnostic médical* (à Saint-Pierre) : M. E. Spehl, prof. extr. Dimanche à huit heures. — *Bandages et appareils* (à Saint-Pierre) : M. J. Thiriar, profes. extraord. Dimanche à 9 heures. — *Clinique obstétricale*, à la Maternité) : M. Tournay, agr. Vendredi, à quatre heures et demie. — *Clinique chirurgicale* (hospice de l'infirmerie) : M. Depage, agrégé. Vendredi, à 3 heures.

Cours libres.

Syphilis du système nerveux : M. Bayet, agrégé. Samedi à huit heures du soir.—*La voix et l'ouïe (physiologie, pathologie)* : M. Cheval, agrégé. Mardi à 5 h. 1/4 du soir. — *Physiologie et pathologie de la cellule* : M. Demoor, agrégé. Mardi à quatre

(1) Pour plus de détails sur les Universités de Belgique, voir le *Numéro des Etudiants* des années précédentes, en particulier celui de 1886.

heures. — *Pathologie chirurgicale (inflammation)* : M. DEPAGE, agrégé. Mercredi à quatre heures. — *Ophtalmoscopie, Histologie, Embryologie (démonstrations pratiques)* : M. GALLEMAERTS, agrégé. Vendredi à quatre heures, lundi à quatre heures, vendredi à quatre heures. — *Pathologie externe (conférences préparatoires aux concours de l'internat et de l'externat)*: M. GALLET, agrégé. Jeudi à huit heures du soir. — *Orthopédie infantile (à l'hospice des Enfants-Assistés)* : M. GEVAERT, agrégé. Dimanche, à 9 h. — *Anthropologie* : M. le Dr HOUZÉ, agrégé. Mardi à huit heures du soir. — *Gynécologie* : M. ROUFFART, agrégé Samedi à trois heures et demie. — *Pathologie de la grossesse* : M. TOURNAY, agrégé. Jeudi à 1 h. (à partir du 1er janvier). — *Conférences sur les affections des voies urinaires* : M. J. VERHOOGEN, agrégé. Jeudi à huit heures du soir (à partir du 1er janvier). — *Conférences sur l'obstétrique préparatoires aux concours de l'internat* : M. COCQ, agrégé. Jeudi à deux heures. — *Manœuvres obstétricales et démonstration des instruments employés en obstétrique* : M. COCQ, agrégé. Lundi, mercredi et vendredi à 4 h. 1/2. — *Névrologie. Hypnologie* : M. CROCQ, agrégé. Jeudi, à 1 h. 1/4. — *Les indications du traitement mécanique* : M. LE MARINEL, agrégé. Mardi, à 5 h.

Institut de Physiologie.

Exercices pratiques de Physiologie : M. HEGER, professeur ordinaire. Mardi, jeudi et samedi de trois heures et demie à cinq heures. M. SPEHL, professeur extraordinaire. Tous les jours, de 9 h. à 11 h. — *Exercices pratiques de physique médicale* : M GÉRARD, professeur. Lundi, mercredi et vendredi de trois heures à cinq heures. — *Exercices pratiques de chimie physiologique* : M. SLOSSE, chargé de cours. Tous les jours de trois heures à 5 h.

MM. DEROUBAIX, professeur honoraire ; GLUGE, professeur émérite ; HYERNAUX, professeur honoraire ; PIGEOLET, professeur émérite ; THIRY, professeur honoraire.

Les Instituts scientifiques de Bruxelles.

Bruxelles a récemment célébré l'inauguration officielle des Instituts scientifiques annexés à son Université libre. L'administration communale a donné le branle secondée par le corps professoral ; les étudiants sont entrés dans le mouvement et la population a suivi d'autant mieux disposée que l'Université, rehaussant le prestige de la capitale, n'a cessé depuis soixante ans de contribuer au développement de sa prospérité.

Les instituts sont au nombre de quatre. Le premier en date (1891), fondé et dirigé par le professeur Léo Errera, est l'*Institut Botanique* spécialement consacré à la physiologie végétale. Puis est venu l'Institut Ernest Solvay, dirigé par le Pr Paul Heger. Il a un double but : le développement des travaux de *Physiologie* pure et la vérification expérimentale d'une thèse *a priori* du promoteur M. Ernest Solvay, qui se dit intimement convaincu que tous les phénomènes de la vie, végétale, animale, humaine, voire la conscience et la pensée, doivent pouvoir s'expliquer par les forces physiques normales et notamment par l'électricité. Il écrivait un jour au Dr Heger : « Pour moi, l'homme est un moteur électrique. » Dans une conférence donnée il n'y a pas longtemps, il a complété l'exposé de sa conception ; mais il entend qu'elle soit soumise au contrôle de l'observation et des faits, à l'Institut dont il a provoqué la création et assuré l'existence par une donation princière, et qui déjà est le centre de recherches scientifiques d'un haut intérêt.

Ces deux initiatives ont suscité de généreuses émulations. MM. Alfred Solvay, Georges Brugmann, Léon Lambert et Fernand Jamar ont fait les premiers fonds d'un *Institut de Bactériologie et d'Hygiène* et M. Raoul Warocqué ceux d'un *Institut d'Anatomie*. L'Institut botanique communique avec le jardin botanique de l'Etat. Les trois autres instituts ont été construits par la ville au parc Léopold (ancien jardin zoologique). Ces instituts sont admirablement installés, comme nous avons pu nous en assurer en les visitant nous-même au mois de septembre dernier.

ÉCOLE SPÉCIALE DE PHARMACIE DE BRUXELLES.

Examen de pharmacien. (Art. 25 de la loi).

Eléments de chimie toxicologique. Chimie pharmaceutique. Pharmacie pratique : M. J.-B. DEPAIRE, prof. ord. Lundi, mardi et mercredi de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2. — *Pharmacognosie, altérations et falsifications des drogues simples et des substances alimentaires. Recherches microscopiques. Recherches des falsifications et des altérations des substances alimentaires* M. A. HERLANT, prof. ord. Jeudi et vendredi, de 8 heures et demie à 9 heures et demie et de 9 heures et demie à 11 heures. Mardi et mercredi de 1 heure à 5 heures. — *Eléments de chimie analytique qualitative et quantitative. Opérations chimiques Opérations analytiques* : M. E. VAN ENGELEN, prof. extr. Jeudi et vendredi, de 11 h. à midi. Lundi, mardi, mercredi, de 9 heures et demie à midi et demi.

POLICLINIQUE LIBRE DE BRUXELLES.

10, rue de Ruysbroek.

Les cliniques spéciales, inaugurées dans le courant de l'été 1891, seront reprises en novembre 1896 et continuées trois fois chaque semaine. Ces cours, essentiellement pratiques, permettent aux praticiens l'étude ou la revision rapide de différentes branches de la médecine. Ils auront une durée de deux mois et demi, et seront repris trois fois par an : en novembre, en janvier et en avril. On est prié de se faire inscrire à la Policlinique tous les jours, de 9 à 10 heures, ou par correspondance.

Programme des cours du trimestre d'hiver (1896).

Mercredi, de 9 h. à 10 h. *Chirurgie infantile. Orthopédie*, M. le Dr HENDRIX. — De 10 à 11 h. *Maladies de l'oreille, du nez et de la gorge*, M. le Dr HIGGUET. — De 11 h. à 12 h. *Démonstrations microscopiques et diagnostic d'anatomie pathologique spéciale* (maladies des femmes, MM. les Drs POPELIN et CITTADINI assistants). — De 2 h. à 4 h. *Maladies des femmes*, M. le Dr C. JACOBS, agrégé à la Faculté.

Samedi, de 9 h. à 10 h. *Opérations gynécologiques* (à l'Institut gynécologique, 12, rue Puits-St-Guidon, à Anderlecht), M. le Dr JACOBS. — De 11 h. à 12 h. *Maladies nerveuses. Electrothérapie*, M. le Dr GLORIEUX. — De 2 h. à 4 h. *Maladies de la peau*, M. le Dr DUBOIS-HAVENITH, agrégé à la Faculté. — De 4 h. à 5 h. *Maladies des voies urinaires, Endoscopie. Cystocopie*, M. le Dr J. VERHOOGEN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Doyen : M. R. BOUQUÉ. — Secrétaire : M. LEBOUCQ.

Candidature en médecine, chirurgie et accouchements.

PREMIÈRE ANNÉE. — *Eléments de zoologie*, M. F. PLATEAU, professeur. — *Anatomie humaine systématique*, M. H. LEBOUCQ, professeur. — *Démonstrations anatomiques macroscopiques*, M. H. LEBOUCQ, prof. — *Démonstrations anatomiques microscopiques*, M. C. VAN BAMBEKE, prof. — *Physiologie générale*, M. E. LAHOUSSE, prof. — *Histologie générale*, M. C. VAN BAMBEKE, prof. — *Embryologie*, M. C. VAN BAMBEKE, prof. — *Exercices pratiques de zoologie*, M. F. PLATEAU, professeur.

SECONDE ANNÉE. — *Physiologie spéciale*, M. E. LAHOUSSE, prof. — *Anatomie humaine systématique*, M H. LEBOUCQ, prof. — *Démonstrations anatomiques macroscopiques*, M. H. LEBOUCQ, prof. — *Démonstrations anatomiques microscopiques*, M. C. VAN BAMBEKE, prof. — *Psychologie*, M. J. VAN BIERVLIET, prof. — *Histologie spéciale*, M. C. VAN BAMBEKE, prof. — *Anatomie topographique*, M. H. LEBOUCQ, prof. — *Eléments d'anatomie comparée*, M. F. PLATEAU, prof. — *Exercices pratiques d'anatomie comparée*, M. F. PLATEAU, professeur.

Doctorat en médecine, en chirurgie et en accouchements.

PREMIÈRE ÉPREUVE. — *Pathologie générale*, M. C. VERSTRAETEN, prof. — *Thérapeutique générale*, M. J. HEYMANS, chargé de cours. — *Pathologie chirurgicale générale*, M. E. BOUQUÉ, prof. — *Anatomie pathologique*, M. D. VAN DUYSE, chargé de cours — *Démonstrations microscopiques d'anatomie pathologique*, M. VAN DUYSE, chargé de cours.

DEUXIÈME ÉPREUVE. — *Pathologie chirurgicale spéciale*, M. E. BOUQUE, prof. — *Pathologie médicale et thérapeutique spéciale des maladies internes, y compris les maladies mentales*, M. E. EEMAN, prof. — *Pharmacodynamique*, M. J. HEYMANS, chargé de cours. — *Eléments de pharmacologie*, M. J. HEYMANS, chargé du cours.

TROISIÈME ÉPREUVE. — *Théorie des accouchements*, M. C. VAN CAUWENBERGHE, prof. — *Médecine légale*, M. E. VAN ERMENGEM, prof. — *Clinique médicale*, M. R. BODDAERT, prof. — *Clinique chirurgicale*, M. A. DE COCK, prof. et M. F. VAN IMSCHOOT, chargé de cours. — *Clinique gynécologique*, M. C. VAN CAUWENBERGHE, prof. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales*, M. V. DENEFFE, prof. — *Démonstrations d'anatomie des régions*, M. H. LEBOUCQ, prof. — *Ophtalmologie et clinique ophtalmologique*, M. V. DENEFFE, prof. — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées*, M. C. VERSTRAETEN, prof. — *Policlinique chirurgicale, bandages, etc.*, M. A. DE COCK, prof., EVAN INSCHOOT, ch. de cours. — *Policlinique médicale*, M. C. VERSTRAETEN, prof. — *Hygiène publique et privée*, M. E. VAN ERMENGEM, prof. — *Démonstrations macroscopiques d'anatomie pathologique*, M. VAN DUYSE, chargé de cours. — *Clinique obstétricale*, M. C. VAN CAUWENBERGHE, prof.

COURS FACULTATIFS. — *Bactériologie*, M. E. VAN ERMENGEM, prof. — *Otologie, laryngologie et rhinologie*, M. E. EEMAN, prof.

Les élèves des trois doctorats en médecine pourront de plus s'exercer tous les jours, de 8 à 10 heures, au maniement du laryngoscope, etc.

ENSEIGNEMENT DE LA PHARMACIE A GAND.

Examen de pharmacien.

PREMIÈRE ÉPREUVE. — *Éléments de chimie analytique qualitative et quantitative. Eléments de chimie, toxicologie*, M. GILSON, prof. — *Chimie pharmaceutique*, M. DELACRE, prof., M. E. GILSON, chargé de cours. — *Pharmacognosie, altérations et falsifications des substances médicamenteuses*, M. L. GILSON, chargé de cours. — *Falsifications des denrées alimentaires*, M. DELACRE, prof.

SECONDE ÉPREUVE. — *Opérations chimiques. Recherches microscopiques. Falsifications des médicaments*, MM. DELACRE, prof. et GILSON, chargé de cours. — *Analyses, opérations toxicologiques, falsifications des denrées alimentaires*, M. GILSON.

Le laboratoire d'analyses chimiques est ouvert aux élèves tous les jours de l'année, depuis 8 h. du matin.

TROISIÈME ÉPREUVE. — *Pharmacie pratique. Préparations pharmaceutiques*, M. GILSON, chargé de cours.

FACULTÉ DE MEDECINE DE LIÈGE.

Doyen : M. L. FREDERICQ, professeur ordinaire. — Secrétaire : M. NUEL, professeur ordinaire.

Candidature en médecine, chirurgie et accouchements.

Histologie générale : M. Ch. JULIN, char. de cours.—*Embryologie* : M. ED. VAN BENEDEN, prof. ordin. — *Anatomie comparée* : M. CH. JULIN, chargé de cours. — *Psychologie* : M. A. GRAFÉ, profes. extraord. — *Anatomie humaine systématique* (ostéologie, myologie, syndesmologie, angéologie et névrologie) : M. F. PUTZEYS, prof. ordin. — *Anatomie humaine systématique* (splanchnologie, organes des sens) : M. A. SWAEN, prof. ordin. — *Histologie spéciale* : M. A. SWAEN, prof. ordin. — *Physiologie* : M. L. FREDERICQ, prof. ordin. — *Physiologie des organes des sens* : M. P. NUEL, prof. ordin. — *Anatomie topographique* : M. Ch. JULIN, chargé de cours. — *Démonstrations anatomiques* : MM. SWAEN et PUTZEYS, prof. ordin. — *Exercices microscopiques d'histologie* : M. A. SWAEN, prof. ord. — *Exercices pratiques de physiologie* : M. L. FREDERICQ, prof. ordin. — *Exercices d'anatomie comparée* : M. ED. VAN BENEDEN, prof ordinaire et M. Ch. JULIN, chargé de cours.

Doctorat en médecine, chirurgie et accouchements.

Pathologie et thérapeutique générales : M. X. FRANCOTTE, prof. ordinaire. — *Pathologie et thérapeutique générales des maladies infectieuses* : M. F. HENRIJEAN, ch. de cours. — *Pharmaco-dynamique, pharmacologie et éléments de pharmacie* : M. J. VAN AUBEL, prof ord. et M. F. HENRIJEAN, ch. de cours. — *Anatomie pathologique, y compris les éléments de parasitologie. Parasitologie* (notions complémentaires). *Démonstrations d'anatomie pathologique. Exercices pratiques d'autopsies. Exercices pratiques microscopiques d'anatomie pathologique. Travaux d'anatomie pathologique et de microbiologie* : M. CH. FIRKET, prof. ord. — *Pathologie médicale et thérapeutique spéciale des maladies internes, y compris les maladies mentales* : M. C. VANLAIR, prof. ordin. — *Pathologie chirurgicale générale* : M. A. VON WINIWARTER, professeur ordin. — *Hygiène publique et privée* : M. F. PUTZEYS, prof. ord. — *Pathologie chirurgicale spéciale* : M. TH. PLUCKER, professeur ordin. — *Ophtalmologie* : M. P. NUEL, professeur ordin. — *Obstétrique* : M. F. FRAIPONT, chargé de cours. — *Médecine légale* : M. J. VAN AUBEL, professeur ordin. — *Psychiatrie envisagée au point de vue médico-légal* : M. X. FRANCOTTE, prof. ordinaire. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales* : M. A. VON WINIWARTER, prof. ord. *Démonstrations d'hygiène et excursions*, F. PUTZEYS, prof. ord. — *Clinique médicale. Policlinique médicale. Exercices de clinique propédeutique* : M. V. MASIUS, prof. ord. — *Démonstrations d'anatomie des régions* : M. CH. JULIN, chargé de cours. — *Clinique chirurgicale. Policlinique chirurgicale* : M. A. VON WINIWARTER, prof. ord. — *Clinique ophtalmologique* : M. P. NUEL, prof. ord. — *Clinique obstétricale. Policlinique obstétricale. Opérations obstétricales. Clinique gynécologique* : M. F. FRAIPONT, chargé de cours. — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées* : M. TH. PLUCKER, prof. ordin. — *Clinique des maladies des vieillards* : M. C. VANLAIR, prof. ordin. — *Clinique des maladies des enfants* : M. V. MASIUS, prof. ordin. — *Clinique des maladies mentales* : M. X. FRANCOTTE, prof. ordin. — *Clinique des maladies du larynx, du nez et des oreilles* : M. SCHIFFERS, chargé de cours. — *Exercices pratiques de médecine opératoire* : M. VON WINIWARTER, professeur ordinaire.

Pharmacie.

Pharmacognosie, chimie pharmaceutique, altérations et falsifications des médicaments. Exercices pratiques de pharmacie : M. A. GILKINET, professeur ord. — *Chimie analytique qualitative et quantitative. Exercices pratiques de chimie analytique* : M. L. DE KONINCK, prof. ordin. — *Altérations et falsifications des substances alimentaires. Exercices pratiques d'analyse des substances alimentaires. Pharmacie pratique, y compris la préparation des médicaments inscrits dans la pharmacopée. Exercices pratiques de pharmacie* : M. ARM. JORISSEN, chargé de cours. — *Eléments de chimie toxicologique. Exercices pratiques de chimie toxicologique* : M. TH. CHANDELON, chargé de cours.

B. Suisse.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE.

M. le Professeur JULLIARD, doyen.

ANNÉE 1896-97.

I. — Semestre d'hiver.

Cours.

Anatomie normale : M. le prof. LASKOWSKI. Six heures par semaine. — *Conférences pratiques d'anatomie normale* : Le même professeur. Tous les jours de 10 à 11 h. — *Exercices pratiques de dissection* : Le même professeur. Tous les jours. — *Anatomie et physiologie pathologiques générales* : M. le prof. ZAHN. Six heures par semaine. — *Cours d'autopsies et démonstrations pathologiques* : Le même professeur. Quatre heures par semaine. — *Travaux pratiques dans le laboratoire d'anatomie pathologique, y compris la bactériologie* : Le même professeur. Tous les jours. — *Histologie normale* : M. le Professeur ETERNOD. Deux heures par semaine. — *Embryologie* : Le même professeur. Trois heures par semaine. — *Laboratoire d'embryologie et d'histologie normale* : Le même professeur. Tous les jours, sauf le jeudi. — *Laboratoire pour recherches spéciales* : Le même professeur. Tous les jours. — *Physiologie* : M. le professeur SCHIFF. Six heures par semaine. — *Démonstrations et exercices pratiques* dans le laboratoire, avec conférences pratiques, tous les jours. — *Pathologie interne* : M. le prof. D'ESPINE. Trois heures par semaine. — *Cours pratique d'auscultation et de percussion* (cours libre) : Le même professeur. Une heure par semaine. — *Pathologie externe* : M. le prof. J.-L. REVERDIN. Trois heures par semaine. — *Médecine opératoire* : Le même prof. Deux heures par semaine. — *Clinique et policlinique médicales* : M. le prof. REVILLIOD. Sept heures 1/2 par semaine. — *Clinique et policlinique chirurgicales* : M. le prof. JULLIARD. Sept heures 1/2 par semaine. — *Clinique obstétricale et gynécologique* : M. le prof. Alf. VAUCHER. Cinq heures par semaine. — *Cours théorique d'accouchement* : Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Cours théorique de gynécologie* : Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Thérapeutique* : M. le prof. PRÉVOST. Trois heures par semaine. — *Laboratoire pour recherches spéciales* : Le même professeur. Tous les jours. — *Hygiène* : M. le prof. VINCENT. Deux heures par semaine. — *Médecine légale avec exercices pratiques* : M. le prof. GOSSE. Quatre heures par semaine. — *Matière médicale et pharmacologie* : M. le prof. J. BRUN. Deux heures par semaine. — *Cours et exercices pratiques dans le laboratoire de pharmacie et microscopie pharmaceutique* : Le même professeur. Quatre heures par semaine. — *Microscopie pharmaceutique* : Quatre heures par semaine. — *Pharmacognosie et pharmacie* : Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Psychiatrie* : M. le prof. OLIVET. Deux heures par semaine. — *Clinique ophtalmologique* : M. G. HALTENHOFF, prof. extraord. Deux heures par semaine. — *Ophtalmologie* : Le même professeur. Une heure par semaine. — *Démonstration et connaissance pratique des instruments de chirurgie. Bandages et appareils* : M. le Dr Aug. REVERDIN, prof. extraord. Deux heures par semaine. — *Maladies vénériennes et cutanées* : M. le Dr H. OLTRAMARE, professeur extraord. Une heure par semaine. — *Stomatologie*. Le même professeur. Trois heures par semaine.

Cours de privat-docents.

Obstétrique : M. le Dr CORDÈS. Deux heures par semaine. — *Pathologie cérébrale* : M. le Dr LADAME. Deux heures par semaine. — *Maladies des enfants* (Hospice du chemin Gourgas) : M. Ed. MARTIN. Une heure par semaine. — *Des empoisonnements au point de vue médico-légal* : M. le Dr L. MÉGEVAND. Deux heures par semaine. — *La chimie appliquée au diagnostic médical* : M. le Dr Paul BINET. Une heure par semaine. — *Anomalies de la vision et détermination des lunettes* : M. le Dr SULZER. Deux heures par semaine. — *Répétitoire de médecine interne* : M. le Dr RUEL. Deux heures par semaine. — *Répétitoire d'obstétrique* : M. le Dr PATRU. Deux heures par semaine. — *Cours pratique de diagnostic médical* : M. le Dr THOMAS. Deux heures par semaine. — *Cours pratique de chirurgie infantile* : M. le Dr BUSCARLET. Deux heures par semaine. — *Anatomie normale et pathologique des régions dans leurs rapports avec la chirurgie* : M. le Dr DUPRAZ. Deux heures par semaine. — *Laryngologie et rhinologie ; technique et diagnostic avec démonstrations pratiques* : M. le Dr GUDER. Deux heures par semaine. — *Hygiène*

et diéthétique de l'enfance : M. le Dr AUDÉOUD. Une heure par semaine.— *Cours d'otologie et de policlinique otolaryngologique* : M. le Dr WYSS. Deux heures par semaine. — *Thérapeutique d'urgence en cas d'accident et de maladie subite* : Même professeur. Deux heures par semaine. — *Thérapeutique génécologique en général. Traitement des affections gynécologiques spéciales* : M. le Dr BÉTRIX. Une heure par semaine. — *Massage chirurgical* : M. le Dr E GOETZ. Deux heures par semaine. — *Pathologie externe avec exercices pratiques de diagnostic chirurgical* : M. le Dr KUMMER. Deux heures par semaine. — *Répétitoire d'ophtalmologie* : M. le Dr FRŒLICH. Deux heures par semaine. — *Cours théorique et pratique de bactériologie* : M. le Dr H. CRISTIANI. Deux heures par semaine. — *Traitement des maladies des femmes par la méthode de Thure Brandt* : M. le Dr BOURCART. Une heure par semaine. — *Diagnostic et thérapeutique chirurgicaux* : Le même professeur. Une heure par semaine. Mardi à trois heures. — *Maladies de la nutrition* : M. le Dr KESER. Une heure par semaine.

II. — Semestre d'été.

Anatomie normale : M. le prof. LASKOWSKI. Six heures par semaine. — *Anatomie pathologique spéciale des organes* : M. le prof ZAHN. Six heures par semaine. — *Cours pratique d'histologie pathologique* : Le même professeur. Six heures par semaine. — *Travaux pratiques dans le laboratoire d'anatomie pathologique* : Le même professeur. Tous les jours. — *Histologie normale* : M. le prof. ETERNOD. Quatre heures par semaine. — *Travaux pratiques d'histologie normale*. Le même professeur. Tous les jours, sauf le jeudi. — *Laboratoire d'embryologie et d'histologie normale* : Le même professeur. Tous les jours, sauf le jeudi. — *Laboratoire pour recherches spéciales* : Le même professeur. Tous les jours. — *Physiologie* : M. le professeur SCHIFF. Six heures par semaine. — *Exercices pratiques dans le laboratoire*, tous les jours. — *Pathologie interne* : M. le professeur D'ESPINE. Deux heures par semaine. — *Pathologie externe* : M. le professeur J.-L. REVERDIN. Deux heures par semaine. — *Médecine opératoire* : Le même professeur. Six heures par semaine — *Clinique et policlinique médicales* : M. le professeur REVILLIOD. Sept heures et demie par semaine. — *Clinique et policlinique chirurgicales* : M. le professeur JULLIARD. Sept heures et demie par semaine. — *Clinique obstétricale et gynécologique* : M le prof. Alf. VAUCHER. Cinq heures par semaine. — *Cours d'opérations obstétricales* : Le même professeur. Quatre heures par semaine. — *Cours d'opérations gynécologiques* : Le même professeur. Quatre heures par semaine. — *Thérapeutique* : M. le professeur PRÉVOST. Trois heures par semaine. — *Cours et travaux pratiques au laboratoire de pharmacie* : M. le professeur J. BRUN (Suite des cours d'hiver). — *Microscopie, pharmacognosie et pharmacie*. Le même professeur. Six heures par semaine. — *Psychiatrie* : M. le professeur OLIVET. Deux heures par semaine. — *Clinique ophtalmologique* : M. G. HALTENHOFF, prof. extraord. Deux heures par semaine. — *Ophtalmologie* : Le même professeur. Une heure par semaine. — *Démonstration et connaissance pratique des instruments de chirurgie. Bandages et appareils* : M. le Dr Aug. REVERDIN, prof. extraord. Deux heures par semaine. — *Maladies vénériennes et cutanées* : M. le Dr H. OLTRAMARE, prof. extraord. Une heure par semaine. — *Embryologie* : (1re partie) M. le Professeur ETERNOD. Une heure par semaine. — *Laboratoire pour recherches spéciales* : M. le prof. PREVOST. Tous les jours. — *Stomatologie* : Le même professeur. Deux heures par semaine.

Cours de privat docents.

Répétitoire d'ophtalmologie : M. le Dr FRŒLICH. Une heure par semaine. — *Des empoisonnement au point de vue médico-légal* : M. le Dr L. MÉGEVAND. Deux heures par semaine. — *Traitement des maladies des femmes par la méthode de Thure Brand* : M. le Dr BOURCART. Une heure par semaine. — *Cours pratique de chirurgie infantile* : M. le Dr BUSCARLET. Deux heures par semaine. — *Anatomie normale et pathologique des régions dans leurs rapports avec la chirurgie* : M. le Dr DUPRAZ. Deux heures par semaine. — *Cours ophtalmoscopique* : M. le Dr SULZER. Deux heures par semaine.—*Obstétrique* : M. le Dr CORDÈS. Deux heures par semaine.—*Pathologie cérébrale* : M. le Dr LADAME. Une heure par semaine. — *Maladies des enfants* : M. le Dr Ed. MARTIN. Une heure par semaine. — *Pathologie externe, avec exercices pratiques de diagnostic chirurgical* : M le Dr KUMMER. Une heure par semaine. — *Chimie appliquée au diagnostic médical* : M. le Dr Paul BINET. Une heure par semaine. — *Cours théorique et pratique de bactériologie* : M. le Dr CHRISTIANI. Deux heures par semaine. — *Répétitoire de médecine interne* : M. le Dr RUEL. Trois heures par semaine. — *Maladies de la nutrition* : M. le Dr KESER. Une heure par semaine. — *Maladies des fosses nasales, du pharynx et du larynx*. M. le Dr E. GUDER. Deux heures par semaine. — *Cours d'otologie et de policlinique otolaryngologique* : M. le Dr WYSS. Deux heures par semaine. — *Thérapeutique d'urgence en cas d'accident et de maladie subite* : le même professeur. Deux heures par semaine. — *Cours pratique de diagnostic médical* : M. le Dr THOMAS. Deux heures par semaine. — *Thérapeutique gynécologique en général. Traitement des affections gynécologiques spéciales* : M. le Dr BÉTRIX. Deux heures par semaine. — *Massage chirurgical* : M. le Dr E. GOETZ. Deux heures par semaine.

Conditions d'admission. — Sont admis à l'immatriculation comme *étudiants* dans la Faculté de médecine : 1° Les personnes qui ont obtenu le certificat de maturité de l'une des sections du Gymnase de Genève ; 2° Les bacheliers ès lettres et les bacheliers ès sciences de l'Université de Genève ; 3° Les personnes qui par des diplômes justifient d'études équivalentes. Le Bureau, sur le préavis de la Faculté, statue sur l'équivalence. — N. B. Pour subir les examens fédéraux de médecine et de pharmacie, les candidats doivent produire un certificat de maturité conforme au Règlement fédéral. Peuvent suivre les cours comme *auditeurs*, sans qu'aucun titre soit réclamé pour leur inscription, les personnes âgées de 18 ans accomplis. Les auditeurs ne peuvent pas postuler de grades. Sauf autorisation spéciale du professeur, les cliniques et cours pratiques ne sont accessibles qu'aux personnes qui justifient d'études médicales régulières.

ECOLE DENTAIRE DE GENÈVE.

I. — Cours.

Première année.

Premier semestre (HIVER).

Physique expérimentale. M. le Pr C. SORET (Faculté des sciences). Quatre heures par semaine. — *Chimie inorganique*. M. le Pr C. GRÆBE (Faculté des sciences). Cinq heures par semaine. — *Botanique médicale et pharmaceutique*. M. le Pr R. CHODAT (Faculté des sciences). Deux heures par semaine. — *Physiologie botanique*. M. le Pr THURY (Faculté des sciences). Deux heures par semaine. — *Zoologie et anatomie comparée des animaux invertébrés*. M. le Pr C. VOGT (Faculté des sciences). Cinq heures par semaine. — *Anatomie normale*. M. le Pr LASKOWSKY (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Laboratoire d'anatomie*. M. le Pr LASKOWSKI. Tous les jours.

Deuxième semestre (ETÉ).

Physique expérimentale. M. le Pr C. SORET (Faculté des sciences). Quatre heures par semaine. — *Chimie organique*. M. le Pr C. GRÆBE (Faculté des sciences). Cinq heures par semaine. — *Botanique médicale et pharmaceutique*. M. le Pr R. CHODAT (Faculté des sciences). Quatre heures par semaine. — *Anatomie comparée et zoologie des animaux vertébrés* : M. le Pr C. VOGT (Faculté de sciences). Cinq heures par semaine. — *Anatomie normale*. M. le Pr LASKOWSKI (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Physiologie*. M. le Pr SCHIFF (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Laboratoire de chimie analytique*. M. le Pr D. MONNIER (Faculté des sciences). Tous les jours.

A la fin du deuxième semestre, examen propédeutique (partie scientifique).

Deuxième année.

Troisième semestre (HIVER).

Histoire normale. M. le professeur A. ETERNOD (Faculté de médecine). — Deux heures par semaine. — *Anatomie normale et pathologique de la cavité buccale et de l'appareil dentaire. Partie normale*. Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Embryologie*. Le même professeur. Trois heures par semaine. — *Anatomie normale*. M. le Pr LASKOWSKI (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Physiologie*. M. le Pr SCHIFF (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Laboratoire d'anatomie*. — M. le Pr LASKOWSKI. Tous les jours.

Quatrième semestre (ETÉ).

Histologie normale. M. le Pr A. ETERNOD (Faculté de médecine). Quatre heures par semaine. — *Anatomie normale et pathologique de la cavité buccale et de l'appareil dentaire. Partie pathologique*. Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Anatomie normale*. M. le Pr LASKOWSKI (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Physiologie*. M. le Pr SCHIFF (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Clinique et policlinique chirurgicales*. M. le Pr G. JULLIARD (Faculté de médecine). Sept heures et demi par semaine. — *Laboratoire d'embryologie et d'histologie normale*. M. le Pr ETERNOD. Tous les jours, sauf le jeudi.

A la fin du quatrième semestre, examen propédeutique (partie médicale).

Troisième année.

Cinquième semestre (Hiver).

Anatomie et physiologie pathologiques générales. M. le Pr Zahn (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Pathologie chirurgicale générale.* M. le Pr J. Reverdin (Faculté de médecine). Trois heures par semaine. — *Clinique et policlinique chirurgicales.* M. le Pr G. Julliard (Faculté de médecine). Sept heures et demie par semaine. — *Prothèse.* M. E. Metral (Ecole dentaire). Travaux pratiques dans les ateliers, tous les jours après midi.

Sixième semestre (Eté).

Pathologie chirurgicale. M. le Pr J. Reverdin (Faculté de médecine). Deux heures par semaine. — *Clinique dentaire.* M. le Pr C. Redard (Ecole dentaire). Neuf heures par semaine. — *Pathologie et thérapeutique des maladies de la bouche.* Le même professeur. Deux heures par semaine.—*Hygiène et matières médicales en rapport avec l'art dentaire.* Le même professeur Une heure par semaine. — *Conférences et répétitions.* Le même professeur. Trois heures par semaine. — *Prothèse.* M. E. Métral (Ecole dentaire). Travaux pratiques, dans les ateliers, tous les jours. — *Prothèse dentaire (celluloïde, vulcanite, métallurgie, procédés divers). Prothèse buccale (restauration faciale et palatine).* — Le même professeur. Une heure par semaine.— *Obturation et aurification.* M. E. Métral. Travaux pratiques, tous les jours après midi. *Matières plastiques et amalgames. Différents procédés d'aurification.* Le même professeur. Une heure par semaine.

Quatrième année.

Septième semestre (Hiver).

Clinique dentaire. M. le Pr C. Redard. Neuf heures par semaine. — *Pathologie et thérapeutique des maladies de la bouche.* Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Hygiène et matières médicales en rapport avec l'art dentaire.* Le même professeur. Une heure par semaine. — *Conférences et répétitions.* Le même professeur. Trois heures par semaine.— *Prothèse.* M. E. Métral. Travaux pratiques dans les ateliers, tous les jours. — *Prothèse dentaire (celluloïde, vulcanite, métallurgique, procédés divers). Prothèse buccale (restauration faciale et palatine).* Le même professeur. Une heure par semaine. — *Obturation et aurification.* M. E. Metral. Travaux pratiques, tous les jours après midi. — *Matières plastiques et amalgames. Différents procédés d'aurification.* Le même professeur. Une heure par semaine.

A la fin du septième semestre, examen professionnel.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LAUSANNE.

Semestre d'hiver.

M. Brunner, professeur ordinaire. *Chimie inorganique,* 5 heures; *Chimie analytique* (volumétrie), 1 heure; *Toxicologie,* 1 heure; *Travaux au laboratoire de chimie,* 3 heures après-midi. — M. Henri Dufour, professeur ordinaire. *Physique expérimentale* : Propriétés générales des corps; thermique; acoustique géométrique, 5 heures : *Conférences et répétitions* (gr.), 1 h. — *Météréologie agricole* (publ.), 2 h. — *Travaux au laboratoire de physique,* 2 heures). — M. J. Dufour, professeur extraordinaire. *Botanique générale,* 3 heures; *Laboratoire de microscopie botanique,* 1er cours, 2 h. — M. Wilczek, prof. extr. *Botanique systématique* (1re partie) : Morphologie externe, 1 h.—*Laboratoire de morphologie systématique.* 1 h. après-midi. — M. Blanc, prof. ord. *Zoologie,* 5 heures; *Laboratoire de zoologie et d'anatomie comparée,* 4 heures. —*Anatomie et physiologie générales.* Systèmes et fonctions de relation, 3 heures. — M. Bugnion, professeur ord.. *Anatomie humaine* : Angéiologie, splanchnologie, 5 heures; *Dissection,* tous les jours, le dimanche excepté, de 8 h. du matin à 7 h. du soir; *Conférences anatomiques et répétitions,* 1 h. — M. Herzen, prof. ord. *Physiologie* : Introduction; chaleur animale; circulation; respiration, 6 heures. M. Loewenthal, prof. extraord. *Histologie,* 3 heures; *Technique histologique,* 1 h. 1/2. — M. Stilling, prof. ord. *Anatomie et physiologie pathologiques générales* (pathologie générale), 4 heures. *Cours pratique d'anatomie pathologique* (démonstrations et autopsies), 4 heures; *Travaux de laboratoire,* pour les étudiants avancés, tous les jours.— M. de Cérenville, prof. ord. *Clinique médicale,* à 7 h. 1/2. *Pathologie interne,* (système nerveux), 3 h. *Auscultation et percussion* (cours fait par M. le Dr Eug. Olivier, chef de clinique), 2 heures. — M. Roux, prof. ord. *Chirurgie générale,* 1re partie : Inflammations aiguës, 3 h. *Clinique chirurgicale et gynécologique,* tous les jours, 1 h. 3/4. — M. Rapin, professeur extr. *Clinique obstétricale,* 4 h. 1/2; *Obstétrique,* 2e partie, 2 heures. *Gynécologie,* 2 h. *Opérations obstétricales,* 2 h.—M. Dufour, prof. ord. *Clinique ophtalmologique,* 3 heures; *Mesures de la vision, de la réfraction, de l'accommodation et de leurs anomalies,* 1 heure. — M. Demiéville, prof. extr. *Policlinique,* 3 fois par semaine. — M. Bourget, prof. ordin. *Pharmacognosie,* 2 h. *Thérapeutique,* 3 h. *Chimie physiologique et pathologique* (laboratoire), 1 h. après-midi. — M. Rabow, prof. extr. *Psychiatrie,* 1 heure; *Clinique psychiatrique,* 1 h. 1/2. — M. Nicolas, prof. extr. *Hygiène et police sanitaire,* 1re partie, 2 h. — M. Dind, prof. extr. *Cours théorique sur les affections cutanées. Démonstrations cliniques. Affections blennorrhagiques,* 2 h. — M. Larguier, prof. extr. (ne professe pas ce semestre). *Médecine légale.* — M. L. Secretan, prof. extr. *Laryngologie* : Cours pratique, 3 heures. — M. Eperon, privat-docent. *Examen de l'œil, réfraction* (avec exercices pratiques), 1 h. *Les symptômes oculaires dans les maladies générales,* 1 heure. — M. G. Rossier, privat-docent : *Diagnostique gynécologique* (gr.), 1 heure; *Opérations gynécologiques au mannequin,* 2 heures. *Examen gynécologique,* cours pratique, 3 h. — M. Berdez, privat-docent. *Des localisation dans les centres nerveux avec exercices de diagnostic topographique* (gr.), 1 h. — M. Verrey, privat-docent. *Diagnostic et traitement des maladies des yeux,* cours pratique (gr.), 1 à 2 heures. — M. M. Muret, privat-docent. *Physiologie et pathologie de l'enfant nouveau-né* (gr.), 1 heure; *Du bassin normal et pathologique en obstétrique* (gr.), 1 heure; *Cours pratique de diagnostic obstétrical au mannequin,* 1 h. 1/2 à 2 heures. — M. Combe, privat-docent. *L'appareil digestif de l'enfant* (anatomie et physiologie; hygiène et diététique; pathologie et thérapeutique (gr.), 1 heure. — M. Eug. Dufour, privat-docent. *Ophtalmoscopie* (gr.). — M. Perret, privat-docent. *Fractures et luxations* (gr.), 1 ou 2 heures. — M. Krafft, doct.-méd. *Questions d'hygiène* (gr.), 1 heure.

Lausanne, le 25 octobre 1896.

Monsieur le Rédacteur en chef.

Cher et très honoré confrère,

Comme d'habitude, je vous envoie le programme des Cours de l'Université de Lausanne, pour le prochain semestre d'hiver. Vous y verrez que le personnel enseignant de la Faculté de médecine s'est encore augmenté de quelques *privat docenten,* dont vous avez, du reste, annoncé la nomination récemment dans les « nouvelles » que publie chaque numéro du *Progrès.* Ledit personnel se compose actuellement de 7 professeurs ordinaires, 8 professeurs extraordinaires et 9 *privat docenten,* dont 1 pour la chirurgie, 1 pour la pédiatrie, 1 pour l'hygiène, 2 pour la gynécologie, 1 pour la névropathologie et 3 pour l'ophthalmologie. Tous sont relativement jeunes, comme la nouvelle faculté, et si par hasard l'on fixe chez nous, pour le professorat, une limite d'âge analogue à celle en vigueur chez vous, nos doyens eux-mêmes seront encore longtemps à l'abri de ses atteintes.

Quant au nombre des étudiants en médecine, il est en progression constante (120 pour ce semestre), ce qui peut chagriner les esprits pessimistes, inquiets de l'encombrement croissant de la carrière médicale dans tous les pays civilisés, mais ce qui réjouit tous ceux qui s'intéressent à la prospérité de notre établissement d'instruction supérieure. Au reste, les étudiants de Lausanne ne viennent pas tous de la Suisse romande ou allemande; il s'en trouve une bonne partie d'étrangers, appartenant un peu à toutes les nationalités de l'Europe, sauf, bien entendu, des français. Vos compatriotes, abondamment pourvus d'ailleurs de moyens d'instruction dans leur propre pays, ne paraissent pas encore près d'adopter, en matière d'études médicales, l'éclectisme et les mœurs ambulatoires des jeunes gens des pays voisins, notamment des Suisses. Placés, comme nous le sommes, dans une zone frontière des races française et allemande, nous cherchons tout naturellement à nous approprier ce qu'il peut y avoir de profitable dans les idées émises par les savants des deux races, et il en résulte, je crois, une culture plus complète que celle que peut donner la fréquentation des professeurs d'un seul pays, si éminents qu'ils puissent être. L'enseignement de nos professeurs bénéficie largement de cette culture; de là, la faveur dont jouit déjà notre jeune faculté auprès des étudiants étrangers, et qui ira, espérons-le, croissant.

Si Lausanne dispose, comme vous le voyez, d'un personnel enseignant nombreux, vigoureux et d'un niveau intellectuel élevé, notre ville souffre, par contre, sauf en ce qui concerne les instituts cliniques, de l'exiguïté des locaux affectés à l'ins-

truction supérieure. Ils sont devenus de plus en plus insuffisants pour des besoins d'une institution qui se développe avec rapidité. Aussi la question des bâtiments universitaires est-elle de celles qui préoccupent actuellement le public lausannois. Vous savez qu'un généreux citoyen russe, M. de Rumine, avait légué à la ville de Lausanne près de 2 millions, à charge de construire un édifice destiné à l'instruction publique lorsque les revenus capitalisés de cette somme lui auraient fait atteindre le chiffre de 3 millions. Or, ce chiffre est atteint et même dépassé ; l'emplacement de l'édifice en question, qui ne sera autre chose que les bâtiments universitaires, est choisi depuis longtemps ; des plans fort beaux existent sur le papier, dressés par l'éminent architecte lyonnais, M. André (malheureusement décédé récemment). Il n'y aurait plus qu'à passer à l'exécution de ces plans, et c'est ce qu'on aurait déjà fait, sans doute, si des objections contre ce projet n'avaient surgi de divers côtés. On soutient, non sans apparence de raison, que l'emplacement est mal choisi ; qu'il n'est pas sensé d'affecter 3 millions à la construction de bâtiments universitaires à Lausanne ; qu'une partie de cette somme devrait être employée à constituer un « fonds universitaire » analogue à celui que possèdent la plupart des autres universités suisses et allemandes et qui leur permet de se développer, en une certaine mesure, indépendamment des subsides de l'État, etc... Jusqu'ici, le gouvernement vaudois tient ferme à l'exécution stricte de la convention passée à ce sujet avec la ville de Lausanne, c'est-à-dire la construction d'un édifice de 3 millions sur l'emplacement déjà choisi. Il est probable que sa volonté l'emportera et que, dans quelques années, Lausanne possédera l'édifice monumental rêvé, pour le plus grand profit de l'embellissement de la ville, c'est certain, pour le plus grand bien de l'Université, c'est plus contestable.

Agréez, cher et très honoré confrère, l'expression respectueuse de mes sentiments les plus cordiaux. Dr ÉPERON.

C. Canada.

FACULTÉ DE MÉDECINE (UNIVERSITÉ LAVAL) DE MONTRÉAL.

Président : J.-P. ROTTOT. — Secrétaire : L.-D. MIGNAULT.

Pathologie et clinique internes : J.-P. ROTTOT, DEMERS, GUÉRIN. — *Physiologie* : DUVAL. — *Anatomie descriptive* : L.-D. MIGNAULT. — *Matière médicale* : DESROSIERS. — *Toxicologie* : N. FAFARD. — *Clinique chirurgicale* : A.-T. BROSSEAU, W.-H. HINGSTON. — *Pathologie externe et médecine opératoire* : J.-A.-S. BRUNELLE. — *Anatomie pratique* : J.-P. CHARTRANO. — *Hygiène et Bédiatrie* : S. LACHAPELLE. — *Clinique d'oculistique et d'otologie* : L.-E. DESJAROINS et A. FOUCHER. — *Clinique obstétricale* : A. DAGENAIS et J.-B.-A. LAMARCHE. — *Jurisprudence médicale et de maladies mentales* : L.-B. DUROCHER.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL DE QUÉBEC.

Doyen : M. LEMIEUX. — *Secrétaire* : M. MAROIS.

Anatomie : M. LEMIEUX. — *Physiologie* : M. TACHET. — *Pathologie générale* : M. SIMARD. — *Pathologie interne* : M. VERGE. — *Pathologie externe* : M. CATELIER. — *Tocologie* : M. VALLÉE. — *Médecine opératoire* : M. HAERN. — *Matière médicale* : M. WELLS. — *Histologie* : M. TURCOT. — *Hygiène* : M. BROCHU. — *Médecine légale* : M. LAVOIE. — *Histologie* : M. HAMEL. — *Clinique chirurgicale* : M. LEMIEUX. — *Maladies des yeux et des oreilles* : M. SIMARD. — *Maladies des enfants* : M. VERGE. — *Clinique chirurgicale* : M. CATELIER. — *Maladies mentales* : M. VALLÉE. — *Maladies des vieillards* : M. HAERN.

D. Turquie-d'Asie.

FACULTÉ FRANÇAISE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BEYROUTH (TURQUIE D'ASIE).

Année scolaire 1896-1897.

Distribution des cours. — Chaires.

Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie : M. ROUVIER (3 fois par semaine). — *Pathologie interne, générale et Anatomie pathologique* : M. H. de BRUN (3 fois par semaine). — *Anatomie, Physiologie et Histologie* : M. NÈGRE (5 fois par semaine). — *Pathologie externe, opérations et appareils* : M. HACHE (3 fois par semaine). — *Hygiène et Thérapeutique* : M. BOYER (3 fois par semaine). — *Conférences de Petite Chirurgie* : M. CHAKER-KHOURI (2 fois par semaine). — *Matière médicale et Pharmacie* : M. GUIGUES (2 fois par semaine). — *Histoire naturelle et Bactériologie technique* : M. BOULOUMOY (3 fois par semaine). — *Chimie* : M. SOULERIN (3 fois par semaine). — *Physique* : M. COLLANGETTES (3 fois par semaine).

Cliniques.

Clinique médicale : M. de BRUN (3 fois par semaine). — *Clinique chirurgicale* : M. HACHE (3 fois par semaine). — *Clinique obstétricale et gynécologique* : M. ROUVIER (3 fois par semaine). — *Polyclinique* : M. BOYER (3 fois par semaine). — *Clinique ophtalmologique* : M. CHAKER-KHOURI (1 fois par semaine).

Cette Faculté est un des beaux exemples des progrès accomplis par l'influence française à l'étranger, durant ces dernières années. Fondée, il y quatorze ans, sous le ministère de Jules Ferry, elle est parvenue aujourd'hui, au plus haut degré de sa prospérité. Faculté libre, elle est subventionnée par le Ministère des Affaires étrangères, qui exerce un contrôle par l'intermédiaire du Consul général de France à Beyrouth. Les règlements ont été faits, sur le modèle de ceux de l'Université de France, par le Ministère de l'Instruction publique. Ces deux Ministères interviennent dans la nomination des professeurs, qui doivent non seulement être de nationalité française, mais encore avoir de brillants états de service dans les hôpitaux et les facultés de France. Les chefs de clinique et préparateurs sont indigènes. L'enseignement est donné en langue française. Grâce aux innombrables établissements d'éducation primaire et secondaire français créés depuis de nombreuses années, en Syrie, à Beyrouth en particulier, et tous florissants, la langue française est aussi répandue dans toute cette région que dans la plupart des départements de la France.

L'inspection annuelle a été successivement confiée à des professeurs ou doyens des Facultés de Paris, Lyon, Bordeaux. et Toulouse : MM. Villejean, Landouzy, Rémy, Netter, Caubet, Lépine, Pitres et Lortet. Le sympathique doyen de Lyon est venu en 1891, 1893, 1895, et il est désigné pour retourner en 1896. Il a pris à cœur cette œuvre éminemment française.

Sur la demande du Ministre des affaires étrangères de France, le Ministre de l'Instruction publique a bien voulu consentir à prendre les mesures nécessaires pour que les élèves de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Beyrouth puissent obtenir, à Beyrouth même, des diplômes équivalents à ceux que délivrent nos Facultés de France. Ces dispositions, qui ont été mises en pratique, dès le commencement de l'année 1895-96, consistent principalement dans l'envoi annuel à Beyrouth d'une commission d'examen, composée de 3 professeurs appartenant à des Facultés de l'Etat et auxquels sont adjoints les professeurs de la Faculté de Beyrouth, chacun pour sa spécialité. C'est l'enseignement sérieux, constaté par tous les inspecteurs qui se sont annuellement succédés, qui a déterminé le gouvernement français à accorder à la Faculté de Beyrouth un diplôme conférant tous les droits des diplômes des Facultés de l'Etat.

Le premier jury de 1895-96, composé des professeurs Lortet, Gayet et Soulier, avait été fourni par la Faculté de Lyon qui va également fournir le Jury de 1896-1897.

La Faculté de Beyrouth a aujourd'hui des élèves établis en grand nombre en Egypte, et dans les provinces asiatiques de l'empire ottoman : à Smyre, à Bagdad, mais principalement en Syrie, en Palestine et dans le Liban. Sous l'impulsion et les efforts combinés du nouveau Consul général de France, M. Souhart, et du nouveau chancelier (Doyen) le chiffre des élèves a considérablement augmenté en 1895-1896. La rentrée de 1896-1897 promet d'être encore supérieure aux précédentes. Cette affluence d'élèves a rendu le local actuel, surtout les laboratoires et les amphithéâtres, absolument insuffisant. Il a fallu prendre d'urgence des mesures provisoires d'agrandissement, en attendant la construction d'un nouveau local, vaste et bien compris, répondant à toutes les exigences de l'enseignement médical moderne. Nous savons de bonne source que cette construction va être activement menée par l'administration de la Faculté qui ne reculera pas devant des sacrifices pécuniaires considérables.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES.

Dans les précédents Numéros des Etudiants, nous avons donné de nombreux renseignements sur l'Enseignement de la médecine à l'étranger. Comme il n'est survenu aucun changement de grande importance, nous y renvoyons nos lecteurs.

VARIA

Concours pour les emplois de médecins du traitement à domicile.

Voici le texte du règlement, les dates étant laissées en blanc:

Article premier. — Un concours aux emplois de médecins des bureaux de bienfaisance s'ouvrira le

Art. 2. — *Inscription des candidats.* — Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3 (service des secours), justifier qu'ils sont Français, âgés de 25 ans au moins, munis d'un diplôme de docteur d'une des Facultés de Médecine de l'Etat et prendre l'engagement de résider, aussitôt après leur investiture par le Ministre de l'Intérieur, dans l'arrondissement où ils auront à exercer leurs fonctions ou dans un quartier limitrophe. Les candidats qui auront à faire valoir des services médicaux publics antérieurs devront en justifier. Il sera délivré récépissé de la déclaration de candidature et du dépôt des diverses pièces. Les inscriptions des candidats seront reçues jusqu'au 4 heures inclusivement.

Art. 3. — *Jury.* — Le jury de concours sera formé le
Il se composera de quatre médecins des bureaux de bienfaisance ayant au moins six années de fonctions et tirés au sort, et d'un délégué de l'Administration désigné par le directeur de l'Assistance publique.

Art. 4. — Les médecins membres du jury seront tirés au sort par le directeur de l'Administration en présence de deux membres du Conseil de Surveillance, délégués à cet effet. Les fonctions de membre du jury sont obligatoires; on n'en peut être relevé que pour cause grave. Tout membre du jury absent à l'ouverture d'une séance et qui n'aura pas prévenu des motifs de son absence cessera, par ce fait même, de faire partie du jury.

Art. 5. — Quinze jours avant le concours, les candidats peuvent prendre connaissance de la composition du jury. Si des concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée par écrit et cachetée, qu'ils remettent au directeur de l'Administration. Si dix jours avant le concours aucune demande n'a été déposée, le jury est définitivement constiué et il ne peut plus être reçu de réclamations. Dans le cas où des candidats proposent des récusations, le directeur de l'Administration statue, après avoir pris l'avis des deux membres du Conseil de Surveillance délégués. En cas de divergence d'opinion entre le directeur et les deux membres du Conseil de Surveillance, il en est référé au préfet de la Seine.

Art. 6. — Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du jury ou entre les membres du jury donne lieu à récusation d'office, de la part de l'Administration. A cet effet, dans la séance préparatoire du concours qui a lieu pour la constitution du jury, le président communique aux membres présents la liste des candidats, et leur demande si l'un d'eux est parent de l'un des candidats ou d'un membre du jury ou s'il est leur allié. Les déclarations négatives ou affirmatives sont consignées au procès-verbal de la séance, et, s'il y a lieu, il est pourvu au remplacement du membre récusé, dans la forme prescrite par l'article 4 ci-dessus.

Art. 7. — *Nature des épreuves.* — Le concours est réglé comme il suit : 1° une épreuve d'admissibilité commune à tous les candidats; 2° une épreuve définitive spéciale pour chacun des arrondissements.

Art. 8. — *Epreuve d'admissibilité.* — L'épreuve d'admissibilité comprend : *A)* Une consultation écrite sur la conduite à tenir dans un cas de pratique obstétricale (15 points). Une demi-heure est accordée aux candidats pour la rédaction de cette consultation.

B) Une composition écrite sur un sujet de pathologie médicale (20 points). Une heure est accordée aux candidats pour cette composition.

C) Appréciation des services médicaux publics (10 points, dont 4 seront acquis aux anciens internes des hôpitaux, 2 aux anciens internes provisoires, 1 aux anciens externes, et 1 à 3, suivant la nature et la durée des services, aux médecins ayant fait des remplacements dans les bureaux de bienfaisance.

Lecture de la consultation et de la composition sera faite en public par les candidats. A la suite de l'épreuve d'admissibilité, le jury classera les candidats suivant le nombre de points attribués à chacun d'eux, et déterminera le nombre de points au-dessus duquel les candidats seront admis à subir l'épreuve définitive spéciale à chacun des arrondissements.

Art. 9. — *Epreuve définitive.* — Le jury fixe le jour de l'épreuve définitive; les candidats reconnus admissibles à l'épreuve précédente sont seuls admis à la subir. Le registre d'inscription des candidats est clos à 4 heures, deux jours avant la date fixée pour cette seconde épreuve. L'épreuve définitive spéciale à chacun des arrondissements consiste dans une épreuve clinique sur un malade suivie d'une ordonnance avec formule. Cette épreuve est publique. Les malades seront choisis dans un hôpital et tirés au sort par les candidats.

Il sera donné aux candidats : 10 minutes pour l'examen du malade, 15 minutes pour réflexion et rédaction de l'ordonnance avec formule, 10 minutes pour l'exposition orale du diagnostic, puis le candidat lira sa rédaction. 25 points seront donnés pour cette épreuve. Ces 25 points seront divisés en 15 points pour le diagnostic et 10 points pour l'ordonnance.

Art. 10. — *Classement des candidats.* — Lorsque la liste des candidats aura été épuisée, le jury classera les candidats suivant le nombre de points attribués, augmenté des points acquis à la suite de l'épreuve d'admissibilité, et déclarera définitivement admissibles, en suivant l'ordre du classement, des candidats en nombre égal aux vacances à remplir.

Art. 11. — Les candidats non pourvus pourront se présenter successivement à l'épreuve définitive du concours pour chacun des arrondissements, en se conformant aux prescriptions du § 2 de l'art. 9.

Dispositions générales. — Art. 12. — Les épreuves définitives spéciales à chacun des arrondissements peuvent être faites en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de les faire subir à tous dans la même séance.

Art. 13. — Pour les épreuves cliniques, le jury choisit à l'avance dans un hôpital quatre malades dont il discute et arrête par écrit le diagnostic, qui doit être remis immédiatement entre les mains du président pour être transmis ensuite sur le procès-verbal de la séance. — Le jury dresse une liste qui ne désigne ces malades que par les noms des salles et les numéros des lits qu'ils occupent. Un de ces numéros est tiré au sort par chacun des concurrents qui, dans la même séance, doivent faire, en présence du jury, l'examen des malades ainsi indiqués.

Art. 14. — Les séances du jury sont présidées par le chef de service des secours à domicile, qui, en cas d'empêchement, sera remplacé dans la présidence par un fonctionnaire de l'Administration délégué à cet effet. Le président assure l'exécution des dispositions du règlement. Il dresse le procès-verbal des opérations et délibérations du jury. — Ce procès-verbal mentionne les faits principaux de chaque séance, ainsi que le nombre des points accordés aux candidats, et il n'est définitif qu'après qu'il a été adopté par le jury, séance tenante, ou dans la plus prochaine séance.

Les candidats sont surveillés par un des membres du jury pendant la rédaction de la consultation écrite sur la conduite à tenir dans un cas de pratique obstétricale et de la composition écrite sur un sujet de pathologie médicale. La rédaction et la composition seront recueillies et mises sous cachet, avant de clore la séance, par le président, qui les conservera jusqu'au jour où le tirage au sort désignera le candidat pour en donner lui-même lecture publiquement.

Art. 15. — A la fin de chaque séance, le jury délibère. A la suite d'une discussion générale sur la valeur de l'épreuve subie par les concurrents et après la clôture de cette discussion a été prononcée par le président, celui-ci met au voix le nombre de points à attribuer à chaque candidat, en commençant par le maximum et en descendant successivement jusqu'à ce que la majorité se soit prononcée en faveur de l'un des nombres proposés.

Dans le cas où le jury étant réduit à quatre membres, 2 voix se prononcent pour un nombre de points à donner à un candidat et les 2 autres voix pour un nombre inférieur, une nouvelle discussion peut s'ouvrir sur la valeur de l'épreuve subie par le candidat, et le nombre de points sera de nouveau mis aux voix. S'il y a encore partage égal des votes, les points intermédiaires avec ou sans fraction, entre les 2 points votés, seront attribués au candidat.

Pour la discussion, la parole est donnée à tour de rôle à chacun des membres du jury. Dans le cas où deux candidats seraient classés ex-æquo, le jury se basera, pour donner la priorité, sur l'ancienneté de doctorat.

Art. 16. — Dans le cas où un jury viendrait à être réduit à un nombre de membres inférieur à 3, les opérations du concours seront suspendues jusqu'au retour du membre ou des membres absents, mais seulement pendant 15 jours au plus. Ce délai expiré, il sera pourvu au remplacement du membre ou des membres absents, par le tirage au sort dans la forme ordinaire, d'un ou de deux jurés.

Art. 17. — Les règles générales des concours de l'Assistance publique sont applicables à ce concours.

Journalistique : Une Thése refusée.

Dans un *varia* sur la *Thèse de doctorat*, la *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale* parle des thèses *refusées* et dit que, sous l'Empire, un étudiant en médecine fut refusé pour une thèse sur Michel Servet, qui avait cultivé de concert l'anatomie et la philosophie matérialiste et que l'auteur se présen-

tait quelque temps après avec une nouvelle thèse sur le *ramollissement cérébral*.

Il y a là une petite erreur. Le candidat en question, qui s'appelait P.-J. Grenier, avait intitulé sa première thèse : *Etude médico-psychologique du libre arbitre humain* (30 décembre 1867). Il fut reçu par la Faculté. Sur les dénonciations, entre autres de Dupanloup, évêque d'Orléans, le Ministre *libéral* Duruy prit un arrêté à la date du 23 mars 1868, déclarant nulles la thèse et la soutenance, parce que cette thèse « contient la négation du principe même de la morale et de l'autorité des lois pénales. » Dans le courant de 1868, Grenier fut reçu docteur avec une thèse dédiée à Dupanloup, faite à la Salpêtrière, en collaboration avec Liouville et nous. Elle avait pour titre : *Du ramollissement du cerveau*. Les deux thèses ont été tirées dans le format in-8 et éditées par la librairie Delahaye. B.

L'Appel des étudiants en médecine.

Une circulaire ministérielle en date du 12 septembre vient de régler la répartition des dispenses ; elle contient entre autres dispositions la suivante :

« Les étudiants en médecine de chaque région de corps d'armée, dispensés en vertu de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, seront répartis avant la mise en route, par les soins du général commandant le corps d'armée, entre les régiments d'infanterie (subdivisionnaires ou régionaux), les bataillons de chasseurs à pied, les régions d'artillerie et du génie sous ses ordres, suivant les besoins de chacun de ses corps. »

En vertu de la même circulaire, les hommes incorporés pour un an ne seront sous aucun prétexte autorisés à changer de corps, de même que ceux qui seront désignés pour la portion centrale des régiments d'infanterie tenant garnison à Paris ou à Lyon ne devront point passer dans la portion principale.

En outre le ministre rappelle que l'année de service imposée aux jeunes gens dispensés en vertu des articles 21, 22 et 23 de la loi du 15 juillet 1889 doit être uniquement consacrée à l'accomplissement de leurs obligations militaires. Sous aucun prétexte, ils ne pourront être détournés de ces obligations ni recevoir des exemptions de service à l'effet de poursuivre leurs études.

En somme, c'est toujours le même esprit étroit et mesquin qui règle la situation des étudiants en médecine ; ils devront pendant un an interrompre leurs études, non pas pour se familiariser avec l'exécution du service de santé, mais pour apprendre le métier de fantassin ou d'artilleur, qu'il n'auront pas à exercer, même en cas de mobilisation. La seule modification apportée à l'état de choses précédent c'est de mettre les étudiants complètement à la disposition du commandement local pour parer, le cas échéant, à l'insuffisance numérique des médecins militaires et donner l'illusion d'un service de santé assuré. (*Bullet. méd.*, 1896, p. 973.)

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 9. — 2e *de Doctorat* (2e *partie* : MM. Chauffard, Heim, Weiss. — 1er de Chirurgien-dentiste : MM. Humbert, Sébileau, Retterer. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Terrier, Tuffier, Walther. — (2e *série*) : MM. Marchand, Ricard, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Letulle, Gilles de la Tourette.

Mardi 10. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Gley, Thiéry. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Panas, Nélaton, Bonnaire. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Le Dentu, Pozzi, Hartmann. — (2e *partie*) : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Charrin.

Mercredi 11. — Médecine opératoire : MM. Terrier, Ricard, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Tillaux, Broca, Varnier. — (2e *série*) : MM. Marchand, Poyrot, Tuffier.

Jeudi 12. — Médecine opératoire : MM. Panas, Hartmann, Thiéry. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Pouchet, Thoinot. — 1er de Chirurgie-dentiste : MM. Mathias-Duval, Quénu, Gley.

Vendredi 13. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Gilles de la Tourette, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Pitié. (1re *série*) : MM. Tillaux, Delbet, Walther. — (2e *série*) : MM. Peyrot, Lejars, Broca. — (1re *partie*). Obstétrique. (Clin. Baudelocque : MM. Pinard, Humbert, Varnier.

Samedi 14. — 1er de Chirurgien-dentiste : MM. Cornil, Quénu, Thiéry. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique. Clin. d'accouche., rue d'Assas : MM. Tarnier, Bar, Bonnaire.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Jeudi 12. — M. Paquet. Contribution à l'étude de la lithrotritie. — M. Vailhen. De l'intervention chirurgicale dans l'anurie calculeuse. — M. Mandomat. Sur quelques formes d'herpès de la cornée. — M. Chauvain. Forme pleurétique sans épanchement du cancer du poumon. — M. Prieur. Contribution à l'étude du phlegmon sous-pectoral. — M. Watu. Les diarrhées infantiles et leur traitement par la diète hydrique. — M. Aba. Etude clinique des troubles de la sensibilité générale, du sens musculaire et stéréognostique dans les hémiplégies de cause cérébrale.

NÉCROLOGIE.

Maurice SCHIFF (1823-1896).

Une grande figure de savant vient de disparaître. Maurice Schiff, un des plus illustres physiologistes modernes, est mort à l'âge de 73 ans, à Genève, où il occupait, depuis 1877, la chaire de physiologie de l'Université, après avoir occupé, auparavant, la même chaire à Florence ; car, de même que son émule Brown-Séquard, avec lequel il présente d'ailleurs de nombreux contacts, tant dans les péripéties de sa vie scientifique que dans son existence tourmentée, Schiff a été un professeur cosmopolite.

D'origine allemande, et natif de Francfort (1823), Schiff, de même que la plupart de ses compatriotes, qui ont, depuis, illustré la physiologie dans leur pays, nommément Ludwig, Meyer, Kuhne, etc., vint se former à Paris, alors le grand centre d'attractions, par l'école de Magendie et de ses élèves, Longet et Claude Bernard ; ce qui ne l'a pas empêché de se montrer parfois ingrat et injuste, vis-à-vis de cette école, et en particulier du plus glorieux de ses représentants : Claude Bernard.

Expérimentateur de premier ordre, travailleur et chercheur infatigable et d'une activité incessante, qui ne s'est pas un instant démentie jusqu'à la dernière heure de son grand âge, Schiff a touché, on peut le dire — en leur imprimant le cachet de sa personnalité — à toutes les questions de la physiologie ; en sorte qu'il faudrait passer en revue toute la matière de celle-ci pour analyser, comme il le convient, l'œuvre de ce puissant esprit. Nous ne saurions et nous ne le pouvons faire dans ce cadre rétréci ; mais nous espérons être prochainement en mesure de donner une analyse critique de ses principaux travaux, en cherchant à apprécier surtout l'influence qu'ils ont exercée sur la science médicale moderne et en les mettant en parallèle avec ceux de Brown-Séquard, avec lequel Schiff présente, ainsi que nous le disions à l'instant, tant de points de ressemblance. La réunion de ces nombreux travaux dans une œuvre d'ensemble, à propos de l'anniversaire de la 62e année du professorat de Schiff, nous permettra, en le facilitant, ce travail d'un véritable intérêt scientifique et pratique. (*Trib. médic.*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 25 oct. au samedi 31 oct. 1896, les naissances ont été au nombre de 1 041, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 383, illégitimes, 155, Total, 538. — *Sexe féminin* : légitimes, 372 ; illégitimes, 131. Total, 503.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 25 oct. au samedi 31 oct. 1896, les décès ont été au nombre de 844, savoir : 449 hommes et 395 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F 1, T. 2. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 0, F. 3, T. 3. — Scarlatine : M. 3, F. 0, T. 3. — Coqueluche : M. 2, F. 1, T. 3. — Diphtérie, Croup : M. 2, F. 2, T. 4. — Grippe : M. 1, F. 2, T. 3. — Phtisie pulmonaire : M. 104, F. 64, T. 168. — Méningite tuberculeuse : M. 6, F. 8, T. 14. — Autres tuberculoses : M. 28, F. 8, T. 33. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 15, F. 42, T. 57. — Méningite simple : M. 15, F. 7, T. 22. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 28, F. 17, T. 45, — Paralysie, M. 5, F. 4, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 8, F. 5, T. 13. — Maladies organiques du cœur : M. 33, F. 37, T. 70. — Bronchite aiguë : M. 4, F. 9, T. 13. — Bronchite chronique : M. 10, F. 12, T. 22. — Broncho-pneumonie : M. 13, F. 10, T. 25. — Pneumonie : M. 16, F. 6, T. 22. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 20, F. 12, T. 32. — Gastro-entérite, biberon : M. 4, F. 2, T. 6. — Gastro-entérite, sein : M. 17, F. 11, T. 28. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 0, T. 2. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 6, F. 9, T. 15. — Sénilité : M. 12, F. 24, T. 36. — Suicides : M. 7, F. 6, T. 12.

— Autres morts violentes : M. 7, F. 6, T. 13. — Autres causes de mort : M. 78, F. 79, T. 157. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 1, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 79, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 26, illégitimes, 16. Total : 42 — *Sexe féminin* : légitimes, 26, illégitimes, 11 Total : 37.

Ecole supérieure de pharmacie de Nancy. — Un congé, du 1er novembre 1896 au 30 octobre 1897, est accordé, sur sa demande, à M. Meslans, agrégé.

Ecole de Pharmacie de Montpellier. — M. Astre, pharmacien supérieur de 1re classe, docteur ès sciences, agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Montpellier, est nommé professeur de chimie à ladite école.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers. — Un congé, du 1er novembre 1896 au 30 octobre 1897, est accordé, sur sa demande, à M. Guignard, professeur de clinique obstétricale. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1896-1897, des enseignements ci-après désignés : MM. Monprofit, suppléant, Cours de clinique obstétricale. Sarazin, suppléant, Cours de physique. Lemesle, chef des travaux, Cours complémentaire de physique. Thezée, suppléant, Cours d'histoire naturelle. — Préaubert, professeur au lycée, Cours complémentaire d'histoire naturelle.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon. — M. Colléatte, agrégé des sciences physiques, professeur au lycée de Besançon, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1896-1897, d'un cours de physique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes. — Sont maintenus, pour l'année scolaire 1896-1897, dans les fonctions ci-après désignées à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes : MM. Perrin de la Touche, professeur, chargé d'un cours de médecine légale (1er semestre) ; Topsent, chargé de cours, chargé des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle ; Castex, chargé de cours, chargé des fonctions de chef des travaux de physique ; Bellamy, professeur, chargé des fonctions de chef des travaux de chimie.

Les médecins a la Revue de Chalons. — Sur la liste affichée au Cercle militaire de l'avenue de l'Opéra, des objets trouvés dans les tribunes du camp de Châlons, se trouvent des choses assez curieuses, par exemple : une épée de médecin-major avec son fourr. au et une capote de médecin-major ayant dans la poche des... côtelettes ! (*Revue médicale*).

Etudiants ès sciences. — Le Ministre de l'Instruction publique a été consulté sur la question de savoir si les étudiants qui ont obtenu des bourses de licence ès sciences sont tenus de travailler en vue des certificats scientifiques exigés des aspirants aux fonctions de l'enseignement public. Dans une circulaire qu'il adresse aux recteurs, le Ministre fait savoir aux intéressés que toute liberté leur est laissée à cet égard, et qu'en obtenant une bourse pour les études scientifiques, ils ne contractent d'autre engagement que celui de travailler utilement pour la société qui favorise leurs études.

Etat sanitaire a Madagascar. — L'état sanitaire est excellent sur la côte malgache, et les hôpitaux de Majunga, Tamatave et Diego-Suarez sont à peu près vides.

Association générale des Etudiants et les fêtes russes. — Le comité de l'Association générale des étudiants a tenu récemment une séance fort agitée, à la suite de laquelle son président, M. Morel, et le bureau tout entier ont donné leur démission. Les causes du désaccord sont curieuses. Lors de l'arrivée de l'empereur et de l'impératrice de Russie en France, le comité de l'Association était, comme presque tous les étudiants d'ailleurs, en vacances. Le président prit sur lui de faire les dépenses nécessaires à la participation de l'Association aux fêtes franco-russes. D'où, dès la rentrée, interpellation par un membre du comité, qui jugeait irrégulière la procédure suivie, et vote d'un ordre du jour regrettant la conduite de M. Morel et du bureau. Le comité a procédé alors à l'élection du nouveau bureau. Voici les noms des étudiants qui le composent : président, M. Tissier (médecine, interne des hôpitaux) · vice-présidents, MM. Leduc (droit) et Pissard (pharmacie) ; trésorier, M. Ménain (pharmacie) ; secrétaires, MM. Marcombes (droit) et Charnelet (Hautes-Etudes commerciales) : bibliothécaire, M. Cury (médecine). Le trait caractéristique du nouveau bureau est que la Sorbonne n'y est représentée par aucun membre. Mais les crédits, dépensés pour la participation de l'Association aux fêtes franco-russes, ont été ratifiés.

Service de Santé militaire. — M. Mutin, médecin principal de première classe, directeur du service de santé de la division d'Oran, est désigné pour occuper les fonctions de directeur du service de santé du 5e corps d'armée. — M. Rouflay, médecin principal de première classe, médecin-chef de l'hôpital militaire du Dey, à Alger, est désigné pour occuper les fonctions de directeur du service de santé de la division d'Oran. — M. Lepage, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital militaire de Bordeaux, est désigné pour l'hôpital militaire du Dey, à Alger (médecin-chef). — M. Munschina, médecin-major de deuxième classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Sfax, a été désigné pour le 4e régiment de spahis, par permutation avec M. Guégan, médecin-major de deuxième classe.

Ecole du Service de santé militaire. — *Concours de* 1896. — Liste des élèves qui ont obtenu des concessions de bourse et de trousseau après constatation de l'insuffisance de la fortune des parents et conformément au décret du 25 décembre 1888. *Bourses et trousseaux* : Anthony (Félix-Aristide), Bablon (Georges-Joseph), Badie (Félix-Jean-François), Bobard (Louis-Jean-Marie), Brunetière (Charles-Julien-Marie), Demard (Louis-Maurice), Duguet (Marie-Louis-Firmin), Dupuich (André-Alphonse-Gustave), Forget (Henri-François-Maurice), Garnaud (Jean-Gabriel), Gaubert (Camille-Théophile), Gimazane (Jean-Baptiste), Grilliat (Etienne-Pierre-Fernand), Gruié (Marie-Marcel-Henri), Guericolas (René-Félicien), Hurel (Léon-Albert), Leard (Lucien-Emile-Jean), Legendre (Louis-Edmond), Léothaud (Paul-Louis-Jean-Baptiste), Loubet (Maurice-Alexandre-Marie), Magnoux (Louis-Albert-Gaston), Molard (Paul-Marie-Joseph-Emile), Nieger (Paul-Abel-Joseph), Nurdin (Louis-Isidore), Perié (Abel-Ernest-Ferdinand), Perrot (Louis-Henri Virgile), Pierre (Maurice-Charles), Poirée (Emile-Pierre-Nicolas), Randon (Léon-Eugène-Félix-Alexandre), Roques (François-Jules-Louis-Zabulon), Saint-Martin (Marie-Guillaume-Victor-Timothée), Senate (Henri-Marie-Joseph-Louis), Ser (Antoine-Marie-Louis), Taillade (Louis-Jean), Talabère (Henri-Nestor-Blaise-Jean), Talon (Pierre-André), Villa (Fernand-Jules-Eugène). — *Demi-bourses et trousseaux* : Antoine (Gaston-Adrien), Coste (Jean-Camille), Henry (Loïc-Marie-Lucien-Georges), De Laurens de Lacenne (Pierre-Joseph), Massip (Adolphe-Marc Joseph-Marie), May (Georges-Marie-Edmond), Picqué (Robert-Léon). — *Demi-bourse* : Spick (Albert-Ernest).

Magnifique libéralité d'un Médecin. — *Un legs de* 250,000 *francs à l'Hospitalité de nuit*. — M. le Dr Vialle, collaborateur de diverses publications médicales, entre autres de l'*Actualité médicale*, mourait, il y a quelques mois, célibataire. Il laissait des parents, sœurs et beau-frère vinrent à Paris pour assister à l'enterrement. A l'ouverture du testament, ils apprirent que le défunt les déshéritait complètement et léguait tout ce qu'il possédait : valeurs, propriété de campagne, mobilier, honoraires à recouvrir, à l'Œuvre de l'hospitalité de nuit, dont le siège social est rue Tocqueville, 59. Le total de la succession s'élèverait, d'après les premières investigations, de 230,000 à 250,000 francs. M. Vialle était complètement inconnu à l'Œuvre de l'Hospitalité de nuit. Le directeur du siège social, M. Andrillon, qui, avisé par le notaire, a dû se charger, sur le refus de la famille, des obsèques, ne le connaissait même point de nom. L'Œuvre de l'Hospitalité de Nuit reçoit souvent de semblables legs, moins importants toutefois. C'est ainsi que, durant le cours de l'année dernière, le montant des legs qui lui ont été faits s'est élevé à plus de 25,000 francs ; mais c'est la première fois qu'elle reçoit un legs aussi considérable. Ce legs va doubler à peu près son avoir ; l'œuvre possédait au 31 décembre 1895, près de 300,000 francs.

Universités étrangères. — *Faculté de médecine d'Amsterdam*. M. le Dr R. H. Saltet, privatdocent, est nommé professeur d'hygiène, en remplacement de M. J. Foster. — M. le Dr C. Winkler, professeur à la Faculté de médecine d'Utrecht, est nommé professeur de neurologie et de psychiatrie, en remplacement de M. H. Hertz. — *Faculté de médecine de Cracovie*. M. le docteur Leo Wach-Holz, privadocent de médecine légale, est nommé professeur extraordinaire.

Le lait en Russie. — M. Sacharbekoff, du laboratoire municipal de Saint-Pétersbourg, fait entendre, d'après *Nature*, un cri d'alarme sérieux en ce qui concerne la composition du lait qui se vend dans la capitale russe. Les microbes y sont plus abondants qu'il ne serait decent, et tandis que 50,000 bactéries par centimètre cube de lait constituent un chiffre raisonnable, le lait de Saint-Pétersbourg dépasserait par trop ces limites : on y a trouvé 115 millions de ces êtres. C'est beaucoup trop assurément ; encore le lait de Giessen va-t-il plus loin encore ; on y a trouvé 169 millions de bactéries. Il y a manifestement quelque chose à faire pour la santé publique et pour la protection de l'enfance ; la mortalité par la diarrhée infantile est très considérable. La plainte que fait entendre M. Sacharbekoff surprendra beaucoup de voyageurs qui savent par expérience combien, de façon général, le lait est excel-

lent en Russie. Mais à Saint-Pétersbourg c'est sans doute comme à Paris.

Un centenaire. — On écrit du Puy que cette semaine est entré dans sa 100e année M. Ruel, habitant Abriès, canton de Fay-le-Froid (Haute-Loire). M. Ruel est en pleine santé, jouit de toutes ses facultés et fait tous les jours de petites courses à pied. Fervent républicain depuis sa majorité, il ne manque pas de venir voter à chaque élection communale ou départementale. L'air pur et le climat un peu dur de Fay-le-Froid (altitude 1,183 mètres) sont autant que la sobriété de son régime dans la robuste santé de M. Ruel.

Asile national de Vincennes. — *Avis.* — Il sera ouvert, le jeudi 3 décembre à 8 heures et demie, au ministère de l'intérieur, un concours pour l'internat de l'Asile national de Vincennes. On trouvera chez le concierge de la Faculté de Médecine et au secrétariat de l'Asile national de Vincennes, des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

Hôpital international, 11, rue de la Santé. — *Hôpital Péan.* Directeur M. Poirier. — Consultations et opérations gratuites. Consultations : lundi, mercredi et vendredi à 10 heures. Opérations : gynéologie, lundi et mercredi à 9 heures et demie. Chirurgie générale. Clinique opératoire, samedi de 9 heures et demie à midi.

Le Microbe de la Variole. — Il semble que juste cent ans après la découverte de la vaccine, le microbe du cow-pox qui, ainsi que celui de la variole, avait jusqu'à ce jour résisté aux investigations de nombreux savants, soit à son tour découvert. M. Kourloff vient, en effet, de publier une étude d'où il résulte que la vaccine serait due à des parasites n'appartenant pas au genre des bactéries, mais bien à celui des amiboïdes. C'est sous cette forme très nette qu'on l'observerait dans la cornée après inoculation expérimentale. On le verrait alors se développer par division directe et probablement par bourgeonnement. Ce parasite se loge dans le protoplasma des cellules épithéliales des pustules, sans atteindre leur noyau. C'est sous cette forme qu'il conserverait ses propriétés nocives et pourrait être inoculé à un autre animal sensible, chez lequel il se développe sous le même aspect.

Nécrologie. — M. le Dr Voguet, (de Tagnon). — M. le Dr Chalamet, (de Loriol). — M. le Dr Croux, médecin militaire. — M. le Dr G. Smirnow, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine d'Helsingfors. — M. le Dr G. Lewin, professeur extraordinaire de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Berlin. — M. le Dr Richard Kerry, privatdocent de chimie médicale à la Faculté de médecine de Vienne. — Un célèbre médecin écossais, M. George Harley, vient de mourir à l'âge de soixante-sept ans. Après avoir étudié à Edimbourg, à Paris, à Würzbourg, Berlin, Heidelberg et à Vienne, il avait été, en 1855, nommé professeur d'histologie, à Londres, puis professeur de jurisprudence médicale et, en 1861, médecin de l'hôpital d'University College. En 1853, Harley avait présidé la Société médicale de Paris. Ses principaux ouvrages traitent de l'histologie; il a aussi consacré des traités à l'étude du diabète, de l'albuminurie, de la jaunisse, des affections des reins et des maladies de foie. Ardent partisan de la réforme de l'orthographe anglaise, il avait adressé sur ce sujet une lettre ouverte à lord Beaconsfield en 1878. — M. le Dr John L.-H. Langdon-Down, ancien lecteur de médecine à l'Ecole de médecine de London Hospital. — M. le Dr William Morrant Baker, ancien lecteur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de St. Bartholomew's Hospital de Londres. — M. le Dr Thomas Chambers, lecteur d'obstétrique et de gynécologie à l'Université de Sydney. — M. le Dr Delahaye (de Dixmude). — M. le Dr Ducasse, (de Beugny). — M. le Dr Eugène Moyettaz (de Rhônes). — M. le Dr Saunier (Hemixen). — M. le Dr Lefèvre (Auguste), médecin-major de 1re classe, en retraite, décédé à Marseille, à l'âge de 76 ans. — M. le Dr Villard (Antoine-Césaire) père, (de Marseille) décédé à l'âge de 91 ans. — M. le Dr Bride (de Blois-d'Oingt (Rhône). — M. le Dr Olivier, médecin adjoint à l'Asile d'aliénés de Saint-Jean-de-Dieu de Lyon.

Chronique des Hôpitaux.

Hopital de la Pitié. — M. Albert Robin. — Leçons de clinique et de thérapeutique, le lundi à 9 h. 3/4. — Tous les jours, leçons de pathologie et exercice clinique, par MM. les Drs Londe, Michel, Lerèdde. Exercices pratiques au laboratoire, par M. Bournigault. Visite tous les jours, à 9 heures.

Hospice de Bicêtre. — M. P. Marie. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses,* le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. Charpentier, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. Féré, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. Bourneville, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de technique des Autopsies,

Par MM. Bourneville et Bricon. Librairie du *Progrès médical.* — Prix: broché, 2 fr. 50. Pour nos abonnés, 2 fr.; relié, 3 fr. et 2 fr. 50

« MM. Bourneville et Bricon ont eu l'excellente idée de publier un *Manuel de technique des autopsies,* clair, concis, bien fait, renfermant tout ce qui est nécessaire pour guider un étudiant, un externe ou interne, ou un médecin des hôpitaux, dans la pratique des nécropsies. C'est un vade-mecum indispensable de la salle d'autopsie, car, là, rien ne doit être laissé à l'imagination. . . . .

« Le manuel de MM. Bourneville et Bricon vient donc bien à son heure; il est de la plus grande utilité pour tous ceux qui veulent apprendre la technique des autopsies. Il suit presque partout les indications formulées par Wirchow; mais, chemin faisant, il indique aussi quelques-uns des procédés de l'Ecole de Vienne et, à propos du cerveau, il donne les méthodes de section de M. Pitres. » (*Journ. des Connaissances méd.*).

V. Cornil.

Hamon du Fougeray et Couetoux. — Manuel pratique des méthodes d'enseignement spéciales aux enfants anormaux, sourds-muets, aveugles, idiots, bègues, etc., etc., avec une préface du Dr Bourneville. Un beau volume in-8 de XVI-304 pages, avec 27 figures et deux cartes.— Prix: 5 fr.— Pour nos abonnés. 3 fr. 50

Dauriac (J.-S.). — Traitement chirurgical des hernies de l'ombilic et de la ligne blanche. Volume in-8 de 180 pages, avec 17 figures. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Le Rédacteur-Gérant: Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, Succr), RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IV. N° 46. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 14 NOVEMBRE 1896.

Le Progrès Médical



OBSTÉTRIQUE

Une opération césarienne à la campagne. Grossesse à terme chez une rachitique à bassin vicié Intervention après trois jours de travail. Enfant vivant. Guérison,

Par M. le Dr BÉCHET (d'Avranches), ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Dans la soirée du 4 janvier dernier, mon confrère, M. le Dr Isabel, me communiquait une lettre du médecin d'un canton voisin, M. le Dr Année, lui donnant rendez-vous pour le lendemain matin près d'une parturiente à bassin rétréci, chez laquelle l'accouchement ne pouvait se terminer spontanément. Le lendemain 5 janvier, vers 1 heure de l'après-midi, mes deux confrères me faisaient demander d'aller les rejoindre le plus vite possible avec le matériel et les objets de pansement nécessaires pour pratiquer une opération césarienne.

Le temps de stériliser instruments et pièces de pansement, de nous assurer le concours d'un quatrième confrère, M. le Dr Héon, et de franchir sur le verglas les 16 kilomètres de mauvais chemins qui séparent Avranches du domicile de la parturiente, il était plus de 4 heures quand nous arrivâmes près de la malade. Or, le 5 janvier, à cette heure, sous bois, dans une misérable chaumière enfumée, il fait déjà nuit.

MM. les Drs Année et Isabel, qui sont là déjà depuis quelques heures, ont pris soin d'aménager, dans la mesure du possible, l'unique pièce du logement et nous mettent au courant de la situation.

Marie B., veuve Mu., est âgée de 38 ans; depuis plusieurs années déjà, elle a perdu ses parents et ignore à peu près tout ce qui a trait à sa première enfance; elle se souvient seulement qu'elle avait au moins trois ans, quand elle a commencé à marcher et que sa taille a toujours été très inférieure à celle des enfants de même âge. La menstruation, établie à quinze ans et demi, a toujours été régulière, quoique un peu douloureuse et obligeait souvent Marie B. à garder le repos pendant une journée. Sa santé générale excellente, à part quelques migraines, lui permet, malgré la brièveté de ses jambes et de ses bras, de faire de longues courses et de se livrer aux travaux de couture et de ménage.

Mariée à 36 ans, sans tenir compte des conseils de tous ceux qui l'entouraient, Marie B., enceinte pour la première fois, a vu ses règles finir le 23 mars 1895. Aucun trouble au cours de la grossesse, malgré la violente émotion causée par la mort accidentelle de son mari, au mois d'octobre, alors qu'elle était enceinte de six mois. Elle se savait mal conformée; ses voisines lui avaient maintes fois répété qu'elle ne pouvait mettre son enfant au monde; malgré ces sages avis, avec une insouciance complète, elle attend le 25 décembre, presque l'époque présumée du terme de sa grossesse, pour se présenter chez M. le Dr Année et lui demander de l'assister; mais ce dernier, absent de son domicile, ne peut l'examiner et ne connaît à quelle cliente il a affaire que lorsqu'il est appelé chez elle le 4 janvier.

Les premières douleurs ont apparu dans la nuit du 2 au 3; la rupture des membranes s'est produite le 4 au matin; enfin, à quatre heures du soir (nos paysannes sont patientes, le médecin est loin et retenu ailleurs), M. le Dr Année l'examine, constate un rétrécissement du bassin et demande l'aide d'un confrère, malheureusement sans spécifier à quel genre d'intervention il faudra avoir recours, oubli bien excusable, mais dont le résultat est une nouvelle attente de 24 heures pour la patiente.

L'examen, que je pratique à mon arrivée, me montre une femme très petite; sa taille est exactement de 1 mètre 19; la brièveté extrême des membres (cinquante centimètres de l'épine iliaque à la plante du pied; trente-neuf centimètres de l'acromion à l'extrémité du médius) contraste avec le buste, dont la longueur est presque normale. Tous les os des membres sont incurvés et noueux; mais il n'y a pas de nodosités sur les côtes, pas de déviation de la colonne vertébrale ni du sternum. Une tête large et carrée avec un front élevé et des yeux intelligents couronne ce petit corps rachitique. Le palper abdominal est assez facile, car les contractions utérines, violentes et très douloureuses pendant les deux premières journées, sont maintenant rares et faibles. On reconnaît la présence de la tête sous l'hypochondre droit et on devine, à gauche, la courbe du dos; on ne perçoit pas de mouvements actifs du fœtus; mais le stéthoscope permet d'entendre nettement les bruits du cœur encore très réguliers, malgré la longueur du travail; leur maximum est à gauche et à la hauteur de l'ombilic. Le toucher vaginal révèle la proximité extrême du promontoire, qui, surplombant le détroit supérieur, presque à la hauteur de la symphyse, réduit à six centimètres et demi le diamètre promonto-sous-pubien, mesuré sans déduction. Deux doigts placés côte à côte trouvent difficilement place entre le promontoire et le bourrelet épais de la symphyse pubienne. L'index explorant successivement les deux côtés du bassin les trouve symétriques; l'excavation ne présente rien de spécial; les branches ischio-pubiennes restent rapprochées l'une de l'autre et la distance qui sépare les deux ischions est d'environ sept centimètres. Le col de l'utérus très élevé, difficilement accessible, a une dilatation de 4 1/2 à 5 centimètres; le doigt conduit le plus haut possible arrive sur une partie fœtale très mobile qui paraît être un talon.

Bien que fatiguée par la longueur du travail, la malade est loin d'être épuisée; la diminution et l'éloignement des contractions utérines lui ont permis de prendre un peu de repos dans les dernières heures. Elle n'a pas de fièvre; les urines ne sont pas albumineuses.

Après cet examen, nous sommes d'accord, mes confrères et moi, pour admettre que, même en cas de mort de l'enfant, l'étroitesse du bassin ne nous eût probablement pas permis de pratiquer l'embryotomie, que la symphyséotomie ne nous donnerait pas un passage suffisant, et que, malgré les conditions si défectueuses où nous nous trouvons, l'opération césarienne reste notre unique ressource; la patiente d'ailleurs l'admet, sachant le sort qui lui est réservé en cas d'abstention et les risques qu'elle court pendant et après l'intervention.

Immédiatement une table est préparée avec, comme coussin, une couche de paille recouverte d'un drap à peu près blanc; une lampe fumeuse suspendue à une poutre va nous éclairer tant bien que mal; deux chaises boiteuses réunies par une planche reçoivent les plateaux où sont les instruments. A défaut d'un bain général, après que le pubis a été rasé, les régions abdominale et vulvaire sont soigneusement savonnées et désinfectées, puis recouvertes de compresses de tarlatane stérilisées, enfin cathéthérisme vésical et injection vaginale avec une solution de bichlorure à 1/2000. L'anesthésie par le chloroforme commencée à cinq heures et demie est facilement supportée. L'ouverture de la paroi abdominale faite sur la ligne blanche commence à six centimètres au-dessus de l'ombilic et se termine à quatre travers de doigt du publis. L'utérus rapidement découvert vient s'appliquer contre les lèvres de la plaie. Ma main, introduite dans l'abdomen, reconnaît, à la consistance de la paroi utérine, l'insertion du placenta à la partie

supérieure de la paroi antérieure; continuant son exploration, elle perçoit à droite de petites parties fœtales et par un mouvement de torsion imprimé à la matrice amène cette région dans l'axe de la plaie abdominale. Le Dr Isabel, placé en face de moi, maintient l'utérus dans cette situation et y applique fortement les lèvres de l'incision cutanée que bordent déjà des compresses de gaze. L'utérus est à sa partie inférieure ponctionné au bistouri; l'index gauche qui remplace aussitôt l'instrument tranchant pénètre dans la cavité utérine, prend notion des parties fœtales qu'il protège et guide de forts ciseaux qui ouvrent rapidement la matrice de bas en haut jusqu'au voisinage du fond. La main droite est alors introduite tout entière, saisit par la nuque l'enfant qui était en position S. I. G. P. et l'amène facilement au dehors; le cordon ombilical est coupé entre deux pinces et l'enfant, qui vient de crier, confié à une assistante. La main replonge immédiatement pour détacher et enlever le placenta; il vient en entier, mais les membranes sont partiellement encore dans la matrice; une nouvelle exploration en ramène les derniers lambeaux. Un flot de sang très abondant a accompagné l'ouverture de l'utérus et l'extraction de l'enfant; à ce moment, la compression énergique exercée par le Dr Isabel et deux injections sous-cutanées d'ergotine de Yvon, pratiquées par le Dr Héon, ont arrêté l'hémorrhagie; le muscle utérin est maintenant contracté, dur, globuleux, et la longueur de l'incision notablement réduite. Des tampons de gaze aseptique brossent légèrement la surface interne de l'utérus, qui est lavée d'abord avec une solution de lysol, puis à l'eau filtrée bouillie; la canule du laveur introduite dans l'orifice du col permet à l'injection de sortir en majeure partie par le vagin. Après ce lavage aucune mèche de gaze n'est placée dans la matrice; la surface de section saigne encore en nappe, mais ne montre pas de vaisseaux dont le calibre exige une ligature.

Deux étages de suture continue à la soie affrontent les bords épais de la plaie utérine; le plan profond commençant à l'angle supérieur comprend presque toute l'épaisseur du muscle jusqu'à la face profonde de la muqueuse; arrivé à l'angle inférieur le fil suit une marche inverse faisant une suture musculo-séreuse; malheureusement, le tissu très friable se déchire sous une traction un peu forte et oblige à passer quelques points séparés pour parfaire la réunion. La surface de l'utérus est nettoyée une dernière fois et recouverte d'une compresse destinée à la protéger pendant la fermeture de l'abdomen. A ce moment la malade fait quelques efforts de vomissement et des anses d'intestin sortent au-dehors, vite refoulées par la main vigilante du Dr Isabel. L'examen du petit bassin permet de s'assurer que grâce au contact intime que l'on a maintenu jusqu'à la fin entre les lèvres de la plaie abdominale et la surface utérine, pas une goutte de sang n'a pénétré dans le péritoine, constatation heureuse, puisque la provision d'eau stérilisée bientôt épuisée en aurait rendu le lavage plus difficile. La cavité abdominale est refermée à son tour, d'abord par une suture continue qui réunit le péritoine, puis par une suture à points séparés comprenant le plan musculo-cutané. La soie seule (soie tressée soigneusement stérilisée) a été utilisée pour toutes les sutures, tant à l'utérus qu'à la paroi. La ligne d'incision est saupoudrée d'iodoforme, recouverte de lanières de gaze iodoformée à 1/10; une épaisse couche de ouate fixée par un bandage de flanelle comprime fortement l'abdomen. La sonde introduite dans la vessie ramène une centaine de grammes d'urine; après quoi on termine le nettoyage de la vulve et des plis inguinaux. L'opération est achevée à 6 h. 60, ayant duré environ une heure vingt minutes.

La malade se réveille facilement et est reportée dans son lit; elle ne souffre pas, et, bientôt revenue complètement à elle, s'informe de son enfant: c'est une petite fille parfaitement constituée pesant 2,480 grammes, et mesurant 47 centimètres de longueur. La température axillaire au moment du réveil était de 36°9; le lendemain matin de 38°2; 24 heures après l'opération, elle montait à 38°6; à partir de ce moment elle est toujours restée normale. Les suites ont été simples; quelques vomissements le premier jour, un peu de diarrhée pendant 48 heures, jamais de douleurs abdominales. L'écoulement des lochies a eu lieu, comme après un accouchement normal par le vagin non tamponné; il n'a pas été fait d'injections vaginales, mais de simples toilettes vulvaires bi-quotidiennes; l'évacuation des urines a du être pratiqué avec la sonde pendant les trois premiers jours. Marie B. ne paraissant pas pouvoir allaiter son enfant, on a fait une compression des seins.

Dix jours après l'opération, le pansement a été levé pour la première fois, et on a enlevé la majeure partie des sutures superficielles; cinq jours plus tard, les derniers fils ont été coupés. La réunion est parfaite sur toute son étendue; la palpation de l'abdomen montre l'utérus encore volumineux, mais peu sensible; une couche de ouate et un bandage de flanelle sont maintenus sur le ventre.

Marie B. a commencé à se lever le 6 février, soit au bout d'un mois, et a bientôt repris ses occupations; elle a vu son retour de couches le 25 février; depuis lors sa santé est parfaite; les règles peut-être un peu plus abondantes qu'antérieurement et un peu douloureuses, comme elles l'étaient avant sa grossesse. La seule chose dont elle se plaigne actuellement, c'est d'avoir les bras trop courts pour porter son enfant. La petite fille s'élève aussi facilement que possible. Nourrie au lait de vache avec un biberon très proprement tenu (nous n'avons pu obtenir l'emploi du lait stérilisé), pendant la période où nous allions presque chaque jour visiter la mère, il m'est arrivé deux fois, entrant chez elle à l'improviste, de trouver l'enfant aux prises avec un long tube de caoutchouc; mes réprimandes et la menace de faire supprimer le faible secours pécuniaire donné mensuellement par l'Administration auront, je l'espère, engagé la mère à observer une meilleure hygiène dans l'alimentation de son enfant, qui, aujourd'hui, à l'âge de cinq mois et demi, pèse 7,900 grammes.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Assainissement de la Seine : Utilisation agricole des eaux d'égout.

Malgré toutes les difficultés qu'a rencontrées la ville de Paris pour la mise en train et l'exécution du projet d'amenée des eaux d'égout et de leur utilisation agricole dans les propriétés domaniales d'Achères, les travaux sont sur le point d'être terminés. Les surfaces irriguées étaient de 372 hectares en février, de 474 hectares le 5 juin et de 500 hectares à la fin de septembre; enfin, dans quelques jours, les 800 hectares mis par l'État à la disposition de la ville de Paris, recevront les eaux d'égout. Durant le mois d'août, il a été déversé sur les parties canalisées, 2.000.068 mètres cubes d'eaux d'égout et 2.198.193 mètres cubes en septembre. Soit au total, pour Achères, depuis février dernier, 11.701.537 mètres cubes.

Le nombre total de mètres cubes d'eau d'égout envoyés à Genevilliers, partie par les machines de l'usine de Clichy, partie par la dérivation de Saint-Ouen, depuis le 1er janvier 1896 jusqu'au 30 septembre est de 21.879.718 mètres cubes. Les deux totaux réunis donnent 33.551.255 mètres cubes.

Le cube total des eaux d'égout débitées du 1er janvier 1896 au 30 septembre par les collecteurs d'Asnières et Marceau est de 118.662.208 mètres cubes; celui débité par le collecteur du Nord pendant le même temps est de 22.935.435 mètres cubes. Total : 141.597.643 mètres cubes, sur lesquelles 33.581.255 ont été utilisées par la culture.

Les travaux sont poursuivis avec toute l'activité possible. M. Launay, ingénieur en chef, sous la direction de M. Bechmann, prépare actuellement la canalisation des eaux d'égout et leur distribution dans un domaine de 300 hectares acheté par la ville de Paris, et il est

permis d'espérer que cette nouvelle surface pourra être irriguée vers le mois d'avril 1897. Les 1.100 hectares d'Achères et les champs de Gennevilliers pourront absorber près de la moitié de la totalité des eaux d'égout de Paris.

L'usine de Pierrelaye qui doit élever les eaux d'égout à Méry est en voie de construction. Dans cette localité, la ville possède 500 hectares et elle a des demandes de la part des cultivateurs, pour 1.200 hectares. Lorsque cette seconde partie du projet sera terminée, la canalisation sera prolongée jusqu'aux 100 hectares que la ville de Paris a achetés dans la commune de Carrières-sous-Poissy. Ce n'est qu'après l'achèvement de ces derniers travaux que l'assainissement de la Seine pourra être complet. La loi du 10 juillet 1894 a fixé à 5 ans le délai accordé à la ville de Paris pour la réalisation de cette grande réforme d'hygiène.

Dès le printemps prochain, l'infection de la Seine sera sérieusement diminuée. En effet, Achères en 1897 recevra 44.000.000 mètres cubes, Gennevilliers environ 30.000.000 mètres cubes, soit 74.000.000 mètres cubes de moins dans la Seine. Il y aurait, selon nous, un réel intérêt à pratiquer l'analyse chimique et bactériologique des eaux de la Seine, prélevées en différents points, afin de se rendre compte, d'une part, de la diminution de l'intensité de leur infection, d'autre part, de la diminution en longueur du cône d'infection. On sait que, il y a une dizaine d'années, le cône d'infection se prolongeait jusqu'à Vernon.

Nous compléterons ces détails par des renseignements sur la possibilité du feutrage du sol et sur les cultures. On sait que l'eau coule dans des raies. Lorsque l'écoulement a cessé, la raie est couverte par une sorte de croûte mince grisâtre. Cette croûte augmenterait progressivement d'épaisseur si le sol n'était pas cultivé. Mais la culture détruit constamment ce *feutrage* superficiel. Il ne pourrait pas, d'ailleurs, s'étendre en profondeur dans une couche de sable de 2, 3, 4 et même 5 mètres de profondeur, comme celle qu'on rencontre dans les fermes d'Achères.

On cultive dans le Parc agricole d'Achères, la pomme de terre, la betterave, le maïs, le chou, le chou-fleur, le poireau, l'artichaut, l'oseille, l'épinard, le pois, le céleri, le radis noir. On irrigue des plantations d'arbres fruitiers et forestiers. On doit cultiver également des plantes officinales parmi lesquelles figurera la menthe qui avait été cultivée autrefois à Gennevilliers à titre d'essai (1). BOURNEVILLE.

Cours de Clinique infantile à l'Hôpital des Enfants-Malades.

M. MARFAN, agrégé, remplace M. le Pr Grancher à la clinique des Enfants Malades. A l'inauguration de ses leçons, M. Marfan croit utile d'émettre, suivant la tradition, un certain nombre d'idées générales sur la nature physiologique et pathologique de l'enfant. Ceci lui servira de points de repère pour des leçons ultérieures. Chez l'enfant, la période d'accroissement domine tout, et c'est ce qui singularise sa nature. L'assimilation l'emporte sur la désassimilation. Aussi la circulation et en particulier la circulation lymphatique est-elle très développée.

Certains organes ont un volume considérable, proportionnellement à ce qu'ils sont chez un adulte. Les maladies varient également suivant les différents stades de la vie infantile. En se basant sur les phénomènes de la croissance, M. Marfan divise l'enfance en un certain nombre de périodes utiles à l'étude des affections. La petite enfance va de 0 à 2 ans ; la deuxième ou moyenne enfance de 2 à 6 ans; la grande enfance de 6 à 13 ans ; puis vient la puberté. La petite enfance est certainement l'époque où les maladies ont le plus d'intérêt, en même temps qu'elles sont plus spéciales. Sans négliger les autres phases, la pédiatrie doit se préoccuper plus spécialement des lésions appartenant aux nouveau-nés et aux nourrissons.

M. Marfan fait alors un chapitre extrêmement intéressant et plein de clarté sur la pathologie générale du premier âge. Il met en relief les causes de sa débilité, en même temps qu'il montre l'influence de la nature qui fournit une alimentation (le lait) spéciale et le bénéfice que tire le nouveau-né de l'immunité acquise par la mère. Pour étudier toutes les questions de clinique infantile avec fruit, il propose le programme suivant.

Le mardi, la clinique s'occupera des malades entrés la veille à l'hôpital. Le samedi aura lieu une étude plus particulière de tel ou tel malade ou d'un sujet intéressant. Pour compléter l'enseignement tous les mercredis, M. Feulard examinera les cas de dermatologie hospitalisés ou venus à cet effet du dehors. Le vendredi, M. CUVILLIER aura à voir les faits relevant de la laryngologie et de la rhinologie ; les deux dernières consultations auront lieu à 10 heures du matin. Examen clinique et thérapeutique des maladies des enfants.

Toutes les questions concernant la pratique des maladies de l'enfance se trouvent complétées à l'hôpital des Enfants Malades par la façon de procéder de M. le Dr Jules SIMON. Le samedi, de 9 à 11 heures, a lieu sa consultation hebdomadaire. Pendant ce temps, il examine devant l'auditoire chaque malade en particulier, il discute le diagnostic ; puis il s'étend longuement et d'une façon absolument pratique sur la thérapeutique qu'il convient d'appliquer. Par ce moyen, on a le double avantage de voir un grand nombre d'affections qui ne sont pas ordinairement rencontrées dans les salles d'hôpital et de pouvoir être mis au courant d'une thérapeutique détaillée et trop souvent négligée.

Hôpital Saint-Antoine. — Cours de M. le Pr Hayem.

M. le Pr HAYEM a commencé mardi matin son cours de clinique à l'hôpital Saint-Antoine. L'éloignement de cet hôpital est sans doute la cause du petit nombre des auditeurs venus pour entendre, dans ce langage clair et sobre dont il est coutumier, le savant professeur exposer un sujet de thérapeutique absolument moderne, et pour lequel ses études personnelles lui donnent une compétence particulière. Nous voulons parler de l'*action sur le sang de la sérumthérapie*. Reprenant en détail l'action clinique des injections intraveineuses d'eau salée, à laquelle il avait donné un essor particulier dans le traitement du choléra dès 1884, il rappelle qu'il fut amené à cette époque à fixer une solution qui donnait le minimum d'action modificatrice sur le sang, solution qui a été adoptée depuis lors dans la plupart des expérimentations. Elle se compose de :

(1) Il serait intéressant de suivre, année par année, le développement des arbres forestiers dans les terrains où l'on ferait l'irrigation à haute dose, à dose modérée et dans des terrains contigus où on ne ferait pas d'irrigation.

eau, 1,000 gr.; chlorure de sodium, 5 gr.; sulfate de soude, 25 gr. Il rappelle cette propriété singulière du sulfate de soude qui, de purgative à l'intérieur du tube digestif, devient constipante quand elle est employée en injection sous-cutanée. L'action de ces injections abondantes d'eau salée pendant le collapsus du choléra avait surtout une action mécanique d'hydratation, mais, dès cette époque, il prévit qu'elle avait peut être une action modificatrice des toxines et des ptomaines. Pour obéir à cette indication, il l'essaya deux fois en 1885 sur un cas de collapsus de fièvre typhoïde et sur une fièvre puerpérale, mais sans succès. D'autres auteurs ont essayé cette méthode dans le coma diabétique (Stockelmans). Le *lavage du sang* est un procédé de physiologie pure, mais ne peut être employé cliniquement, tel que les physiologistes l'utilisent. Maintenant c'est la question antitoxique qui prévaut dans l'indication thérapeutique, surtout dans l'emploi chirurgicale au cours du shock traumatique, de l infection puerpérale, de la septicémie. Expérimentalement, il faudrait, pour éviter les accidents d'empoisonnement (par le strychnine, le colibacille) faire l'injection si rapidement après l'intoxication que pratiquement le moyen semblerait condamné. Mais l'empirisme clinique a donné une autre réponse, et, dans le rapport à l'Académie de médecine de M. Pozzi, on voit des résultats très intéressants de ces injections abondantes de sérum artificiel dans le sang des septicémiques. Cependant tous les chirurgiens font des réserves expresses sur les résultats ultérieurs. Le sérum artificiel a certainement des inconvénients ; le seul vraiment bon serait le *plasma*, non le sérum de la même espèce animale. En effet, on a obtenu avec des sérums d'animaux même très rapprochés comme espèce, de véritables accidents foudroyants. En somme, cette nouvelle thérapie a déjà donné d'importants résultats; mais elle est à l'étude et il faut multiplier les observations expérimentales et cliniques avant de pouvoir en juger la valeur.

Cours d'anatomie pathologique. — M. le Pr Cornil.

Ce cours s'est ouvert le vendredi 6 novembre, au petit amphithéâtre de la Faculté, et se continuera les lundis et vendredis de chaque semaine. Une leçon pratique sur les objets du cours sera faite tous les mercredis, à deux heures, au laboratoire du professeur, à l'Ecole pratique.

Cette année, M. Cornil expose les résultats de ses recherches de tout l'été, et en profite pour présenter d'ensemble une des questions les plus importantes et les plus neuves de l'anatomie pathologique, celle de la *pathologie des endothéliums*. Partant de la description de l'endothélium des séreuses et des vaisseaux, si magistralement faite par Ranvier, il montre les cellules qui le composent dans leurs transformations, dont la plupart étaient insoupçonnées. C'est ainsi qu'on les voit perdre leur contexité extérieure, émettre en tous sens des prolongements amiboïdes d'un nombre et d'une longueur qui surprennent, pour former les adhérences des inflammations du péritoine et de la plèvre. On les voit ensuite se creuser de canaux, se transformer en cellules vaso-formatives, se remplir de globules sanguins et édifier les premiers vaisseaux des adhérences définitives. Dans les caillots vasculaires, leur rôle est tout aussi important et l'on doit les distinguer des leucocytes qui ne leur ressemblent nullement. Toute cette pathologie si intéressante peut être faite expérimentalement et a été réalisée par le professeur sur l'animal : ce qui permet d'obtenir les préparations infiniment plus démonstratives et plus probantes que les résultats d'autopsie.

La façon simple, mais précise et nette, dont M. Cornil expose toutes ces évolutions, lui permet de faire comprendre à des élèves encore jeunes un exposé qui appartient plutôt à un cours de découvertes inaugurales qu'à un cours de vulgarisation. Il est à regretter que les cours du petit amphithéâtre se succèdent trop vite et que la fin de chaque leçon soit gênée par l'afflux des élèves du cours suivant.

Cours de chimie médicale. — M. le Pr Gautier.

Le cours a commencé mardi dernier, avec la perspective d'être intéressant, sinon très à la portée des étudiants de première année. M. le Pr Gautier se propose en effet d'aborder la chimie des êtres vivants, et se réserve personnellement l'étude de la structure chimique du corps humain et des principes immédiats qu'on y trouve, pour laisser à M. l'agrégé Hanriot le soin d'analyser la chimie fonctionnelle des organes. Il y aura donc unité d'enseignement pour les problèmes les plus complexes et les plus élevés de la chimie biologique.

M. Gautier signale le grand rôle de la chimie, laquelle nous donne présentement ou en perspective le pourquoi et le comment des causes premières, physiques, chimiques et mécaniques qui constituent la vie. Ce n'est guère qu'au XVIIe siècle qu'on a commencé à voir dans le corps humain par la chimie, et il a fallu les travaux de Harwey, Spallanzani, Lavoisier, Pasteur et de tant d'autres pour nous donner la clef des phénomènes vitaux autrefois tenus pour impénétrables. Quels sont les voies et moyens de la chimie? C'est ce qu'il faut avant tout considérer; et le professeur choisit un exemple en démontrant aux élèves comment on analyse le sang jusqu'à ses éléments simples.

En résumé, cette première leçon nous a paru pleine d'attraits ; en ce qui concerne les élèves, M. Gautier supplée par la clarté d'exposition à l'aridité du sujet. Si le nombre des auditeurs a été moindre cette fois-ci que l'année dernière, nous aimons à attribuer cette défection, bien plus à cette gentillesse faite à la Faculté des Sciences, en lui livrant, comme un sérum bienfaisant, la première année des études médicales, qu'à l'aride ampleur du programme adopté cette année par M. le Pr Gautier.

Clinique médicale. — M. le Pr Potain.

M. le Pr Potain a inauguré mardi dernier, devant une centaine d'auditeurs, le cours de clinique médicale de la Charité. Cette première séance a eu pour objet de conclure à toute l'importance de la *séméiotique*. Cette base de la médecine l'était déjà du temps d'Hippocrate. Mais alors que la médecine hippocratique était empirique, la séméiotique actuelle s'est enrichie de données scientifiques et nouvelles, dues principalement à la découverte de Rœntgen et à la bactériologie.

L'investigation par les rayons X est surtout pleine d'intérêt pour la chirurgie. Sous réserve des progrès à venir, les applications médicales sont plus relatives. Mais la bactériologie a fourni des ressources plus considérables, en permettant de trouver dans les tissus et les liquides normaux ou pathologiques, les causes des maladies.

Toutefois la microbiologie elle-même est encore et souvent impuissante, et ne peut toujours suffire pour établir un diagnostic. C'est ainsi que la cause première de certaines maladies infectieuses au premier chef échappe encore à la bactériologie, et qu'en dehors des causes pathogéniques,

il y a les effets secondaires des infections, qui tiennent dans la séméiotique une place considérable. De plus, on peut se tromper sur la nature d'une infection, et sur le pronostic d'une maladie avec tel diagnostic infectieux.

Comme conclusions, nous devons nous en rapporter encore aux anciens procédés de séméiologie, lesquels peuvent être corroborés ou infirmés, mais non exclus par les découvertes modernes.

Cours de médecine légale pratique. — M. le Pr Brouardel.

M. le Pr Brouardel a commencé le mercredi 4 novembre, à 2 heures, à la Morgue, son cours de médecine légale pratique. Il est inutile d'insister sur les conditions déplorables de l'installation de l'amphithéâtre destiné à la médecine légale. Cette mauvaise organisation matérielle ne permet qu'à un très petit nombre d'élèves de suivre les leçons de maîtres distingués. Elle est pour beaucoup dans l'ignorance de la plupart des médecins en médecine légale. Depuis longtemps, on réclame en vain la création d'un Institut spécial. Cette année, le procès d'Amiens, qui a fait si grand bruit dans la presse, vient servir d'argument au maître. Il est urgent de développer l'enseignement de la médecine légale, de créer même au besoin un certificat d'aptitude à ce sujet. L'on éviterait, en ayant des médecins experts rompus aux méthodes spéciales d'investigation, les erreurs judiciaires qui ont récemment résulté des rapports de médecins consciencieux, mais influencés par l'instruction et ayant eu l'imprudence de conclure, au lieu de se borner à de simples constatations. Faisons des souhaits pour la création de l'Institut médico-légal, qui permettra d'étendre à un plus grand nombre d'auditeurs, dans de meilleures conditions d'hygiène, un utile et savant enseignement.

Cours de clinique médicale. — M. le Pr Jaccoud.

Mardi 10 novembre, à 10 heures, M. le Pr Jaccoud a inauguré ses leçons cliniques à l'hôpital de la Pitié.

La première leçon de M. Jaccoud a été une leçon de clinique générale. Le maître s'est attaché à prouver que la bactériologie avait moins qu'on le croyait révolutionné la médecine. Les découvertes bactériologiques s'adaptent parfaitement aux théories hippocratiques. Les agents pathogènes viennent à la fois du dedans et du dehors et la résistance du malade est encore un des éléments les plus importants dans l'évolution de la maladie. M. Jaccoud montre encore les actions multiples et totalement différentes qu'un même microbe peut avoir dans des cas divers. Il a été le premier à affirmer cette théorie nosologique, aujourd'hui parfaitement démontrée. Les leçons du Pr Jaccoud se continueront les samedis et les mardis suivants à la même heure.

Cours de pathologie interne. — M. le Pr Debove.

M. le Pr Debove, dont le cours avait lieu en été les années précédentes, a inauguré ses leçons samedi 7 novembre, à 3 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, à peine suffisant au nombre des auditeurs. M. Debove a donné la raison qui lui faisait choisir le semestre d'hiver. C'est l'époque laborieuse pour les élèves, celle où les cours sont le plus régulièrement suivis.

M. le Pr Debove aborde dans sa première leçon la difficile étude des dyspepsies. Il montre la grande influence que les autres organes, et en particulier le système nerveux, ont sur la fonction digestive. Si l'histoire des dyspepsies est touffue, cela tient à ce que les pathologistes ont recueilli tous les racontars des malades, sans les analyser suffisamment et élaguer les exagérations. Le professeur fait ensuite un bref exposé du rôle physiologique de l'estomac, et par d'ingénieuses comparaisons, explique l'utilité de ce réservoir et le fonctionnement du pylore. La leçon se termine par la description de l'hyperchlorhydrie. Le cours se continuera les mardis, jeudis et samedis durant tout le semestre d'hiver.

Cours de Pharmacologie. — M. le Pr G. Pouchet.

L'enseignement de la pharmacologie est actuellement séparé de celui de la thérapeutique. M. le Pr Gabriel Pouchet a inauguré samedi 7 novembre, à quatre heures, le cours de pharmacologie. M. Pouchet, après avoir donné les raisons de la séparation de l'enseignement des deux sciences qui se complètent, pharmacologie et thérapeutique, s'est étendu sur les difficultés des classifications pharmacologiques. La classification la meilleure à l'heure actuelle, celle qu'il adoptera, se base sur les finalités thérapeutiques.

M. Pouchet étudiera cette année les modificateurs du système nerveux. Il consacrera ses leçons du jeudi à des exercices pratiques qui ont obtenu l'an passé un légitime succès. Le nombre des élèves qui se pressaient au cours de M. Pouchet prouve que les étudiants se sont guéris du préjugé qui leur faisait naguère négliger la pharmacologie. Cette science est une de celles dont la connaissance rend les plus grands services au médecin praticien. La presque totalité des étudiants se destinant à l'exercice pratique de la médecine, des connaissances sérieuses en pharmacologie leur sont indispensables.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Xe Session de Paris (19-26 *Octobre* 1896) (1).

Séance du Mardi 20 *octobre* (suite).

M. J. Bœckel (de Strasbourg). — *Traitement chirurgical des pieds bots.* — Dans l'âge tendre les manipulations seules réussissent souvent. Passé quatre ou cinq mois, il faut faire des sections tendineuses ou aponévrotiques et maintenir le pied redressé dans des appareils platrés pendant des mois. Puis faire porter une semelle en cuir bouilli munie de tuteurs pendant au moins un an. Vers quatre ans, ces moyens échouent généralement surtout dans les pieds bots osseux. Dans ces cas on peut recourir avec succès au redressement manuel ou instrumental et se confiner au besoin à l'opération de Phelps. Celle-ci même très largement pratiquée se montre souvent inefficace. C'est alors que la tarsectomie devra être exécutée. On aura le choix entre l'astragalectomie et la tarsectomie totale. La première de ces opérations réussit fort souvent. Lorsqu'elle ne suffit pas, il faudra d'emblée faire des résections étendues sur tout le tarse postérieur et empiéter au besoin sur le tarse antérieur.

Bref, enlever tout ce qui résiste, faire le désossement de près et ne s'arrêter que lorsque le pied pourra être facilement redressé et maintenu. Résultat : 6 tarsectomies, dont 3 totales, 3 partielles m'ont fourni 6 guérisons. Le résultat fonctionnel a été satisfaisant chez tous les opérés. Il s'est maintenu après 12 ans (2 cas), 10 ans, 3 ans 1/2 (2 cas) 19 mois. Le résultat esthétique a été irréprochable dans deux cas. Dans les quatre autres il y a une persistance légère d'une adduction de l'avant-pied.

Pieds bots acquis. — La ténotomie et le redressement suivi du port d'un bon appareil réussirent également souvent dans les pieds bots paralytiques de l'enfance, mais il faut agir de

(1) Voir *Progrès médical*, nos 43 et 44.

bonne heure et employer les moyens adjuvants tels que massage, douches, électricité. Exercer une surveillance active sinon tous les moyens échouent. A une période plus avancée surgit l'indication opératoire. Elle a pour but de créer une ankylose du cou de pied. Deux moyens sont à notre disposition. L'arthrodèse qui convient aux cas réductibles ; la tarsectomie qui s'adresse aux pieds bots paralytiques d'origine traumatique et dans ceux qui sont consécutifs à une maladie inflammatoire l'arthrodèse ne sera que rarement indiquée, car les lésions sont généralement anciennes, et nécessitent alors une intervention plus large.

M. Lejars donne les résultats éloignés de la tarsectomie cunéiforme inverse, dans le pied plat valgus douloureux invétéré. Quatre malades étaient âgés de 19, 20, 23 et 24 ans : chez tous les quatre l'affection remontait à plusieurs années et avait été l'objet de divers traitements; le squelette du pied était notablement déformé et, en particulier, le scaphoïde subluxé sur la tête du calcanéum. Chez tous les quatre, l'incision osseuse fut très large, et la guérison opératoire eut lieu sans incident. Il y a lieu de distinguer les résultats plastiques, orthomorphiques, autrement dit le rétablissement et le maintien de la cambrure du pied, et les résultats fonctionnels : bien qu'ils soient connexes le plus souvent, il arrive que l'affaissement secondaire de la plante, au bout de quelques mois de marche, ne réveille pas de nouveaux accidents. Dans un organe tel que le pied, on ne saurait, en effet, juger d'une opération d'après ses effets mécaniques par exemple, surtout dans le jeune âge : par le fait du développement et des mouvements, il se produit un travail d'accommodation qui entre pour une grande part dans le résultat fonctionnel définitif.

M. Broca. — *Traitement du pied bot congénital.* — L'auteur a opéré 23 pieds bots sur 59 sujets et ses opérations sont : 35 sections du tendon d'Achille sur 23 sujets, dont 1 a dû subir plus tard des deux côtés le massage forcé, dont 1 a dû subir une double incision de Phelps ; 9 incisions de Phelps sur 6 sujets dont 2 (1 unilatéral, 1 bilatéral) ont dû subir plus tard la tarsectomie ; 15 massages forcés avec ténotomie sous le chloroforme à 11 sujets, dont 1 a subi plus tard la tarsectomie ; 34 tarsectomies sur 22 sujets. D'une manière générale, M. Broca confirme, avec cette expérience personnelle, les conclusions du rapport de M. Forgue. On doit entreprendre le traitement aussitôt que possible, même dès la naissance et dans ces conditions, sur l'enfant n'ayant pas encore marché, on réussira presque toujours par le massage et la ténotomie ; comme tous les auteurs, depuis Adams surtout, M. Broca insiste sur la nécessité de corriger le varus avant de couper le tendon d'Achille. Cette correction peut s'obtenir en quelques semaines, par des séances quotidiennes de massage; mais on peut la réaliser en une seule séance de redressement brusque, modelant, pratiqué sous le chloroforme. Cette méthode, dont le principe est incontestablement déjà assez ancien, a été sèchement réglée par Lorenz (de Vienne), dont le manuel opératoire pour attaquer successivement chacun des éléments de la difformité a été adopté par M. Broca. Sur les sujets un peu âgés, ayant déjà marché, la force manuelle paraît d'ordinaire insuffisante, et, pour redresser brusquement le pied, on a inventé divers tarsoclastes. M. Broca n'est pas partisan de ces violences instrumentales, aisément aveugles et trop brutales, et quand le redressement manuel échoue il préfère l'intervention sanglante. Il croit qu'alors la tarsectomie doit être préférée à l'incision de Phelps, car elle n'est pas plus grave (mortalité 0), déprime très peu le pied et donne un résultat à la fois plus rapide et plus sûr. La tarsectomie ne doit pas être bornée à l'astragalectomie, remède contre l'équinisme seulement, mais elle doit porter aussi sur la grande apophyse du calcanéum et, selon les besoins, sur les divers os du tarse jusqu'à ce que la correction soit parfaite, selon les préceptes énoncés par Lucas-Championnière.

M. P. Redard insiste sur l'abus des opérations chirurgicales dans le traitement des pieds bots et sur l'importance du redressement forcé et de la tarsoclasie instrumentale dans le traitement de certaines formes. S'appuyant sur les résultats de sa pratique, il démontre qu'un grand nombre de cas de pieds bots peuvent être guéris sans opération chirurgicale importante, par des moyens simples. Il insiste sur la valeur du redressement forcé manuel et instrumental. Il décrit la tarsoclasie instrumentale qu'il a adoptée depuis longtemps et donne les indications et les résultats de cette méthode de traitement des pieds bots. Comparant la tarsoclasie aux interventions chirurgicales recommandées dans la cure des pieds bots (opération de Phelps, tarsotomies, tarsectomies), il signale l'abus fait par certains chirurgiens de ces opérations.

M. Ollier (de Lyon) pratique la ténotomie et le redressement manuel forcé. Grâce à cette opération, M. Ollier a toujours pu redresser les pieds bots de jeunes enfants jusque vers l'âge de 7 ou 8 ans. Plus tard, M. Ollier a fait l'astragalectomie, excellente opération dans les pieds bots impossibles à redresser par les méthodes précédentes. Il lui arrive d'enlever quelquefois une portion du calcanéum et du cuboïde, mais il ne va pas aussi loin dans ses résections que M. Lucas-Championnière.

M. Phocas (de Lille). — Je ne reconnais qu'une règle dans le redressement du pied bot congénital ou acquis, justiciable d'une opération : c'est la restitution intégrale et définitive des formes à la suite de l'opération. C'est le résultat immédiat, irréprochable jusqu'à l'hypercorrection, résultat qui prélude d'un succès définitif sans menace de récidive. Pour cela, je pratique sur les enfants jeunes le redressement brusque, suivi de ténotomie ; sur les enfants plus âgées et sur les pieds bots invétérés, l'*astragalectomie* suivie d'une opération de Phelps plus ou moins large, et je finis par l'ablation d'un ou plusieurs os du tarse si cela me paraît nécessaire. Voici ma statistique : opération de Phleps pure, 9 opérations. Opérations complexes : pieds bots congénitaux, 10 opérations; paralytique, 1 opération. — *Astragalectomies*, 3. Au total 23 opérations avec de bons résultats.

M. Bilhaut. — Le pied bot congénital, quelle qu'en soit la direction, doit être soumis au redressement, dès la naissance, et l'on obtient ainsi une guérison totale. Dans le pied bot non traité dès la naissance, les ténotomies, variant suivant la direction de la déviation, doivent être pratiquées au plus tôt. Elles devront être suivies de l'application d'un appareil de maintien parfaitement exact. Les soins consécutifs seront de longue durée ; le massage sera pratiqué avec méthode, dès que la solidité des tendons réparés permettra d'y recourir. Dans les cas graves, on donnera le choix, lorsque les sujets ne seront pas trop avancés en âge, au procédé de Phelps. L'incision portera au maximum sur le ligament en Y. Il est nécessaire que la correction soit d'emblée complète. Dans les cas de pied bot extrême, et plus particulièrement chez les adultes, quand il est impossible d'atteindre une correction sans faire une brèche osseuse, on recourra, autant que possible, à la tarsectomie antérieure. L'astragale réintègre suffisamment la mortaise tibio-tarsienne dans la pluralité des cas, aussi le résultat fonctionnel est-il excellent, par suite du retour normal de la flexion. Si les dimensions de l'astragale s'opposent à la rentrée de cet os dans la mortaise articulaire, il faut modifier la poulie, détruire les exubérances osseuses ou cartilagineuses faisant obstacle. Ce procédé donne de meilleurs résultats définitifs que l'astragalectomie. Dans le pied bot acquis et consécutif à la paralysie spinale infantile, à la paralysie diphtérique, etc., etc., si la déformation de l'astragale est considérable, l'astragalectomie est l'opération de choix.

M. Calot (de Berck-sur-Mer).— Ici, comme ailleurs, l'orthopédie doit être aussi sobre que possible d'interventions osseuses. Pour les pieds bots du premier degré, chez les enfants jeunes, les manœuvres manuelles de redressement suffisent. Pour les pieds bots du deuxième degré, les sections des parties molles faites à la manière de Phelps amènent la correction. Mais les résections osseuses sont nécessaires, ou plutôt, sans être précisément indispensables, doivent être préférés s'il s'agit de pieds bots à difformité très avancée ou existant chez des sujets d'un certain âge.

M. Métaxas-Zani (de Marseille). — Après avoir essayé dans les trois ou quatre premiers mois les massages, les mouvements un peu énergiques même dans le sens contraire de la déviation avec de petits appareils maintenant le pied dans une bonne attitude et même en hypercorrection, il faut faire les ténotomies nécessaires et essayer le redressement manuel forcé sous le chloroforme en continuant les appareils jusque

vers l'âge de 2 ans. Si alors le redressement *parfait* ou à peu près n'est pas obtenu, d'après ce que j'ai vu, au lieu de faire une incision transversale interne et sectionner la peau, les parties fibreuses, ouvrir l'articulation et enlever même quelquefois des fragments d'os, au lieu de faire un Phelps plus ou moins complet; en un mot, je préfère attaquer la difformité du côté *externe*. Après les ténotomies, je fais une incision longitudinale dorso-externe un peu convexe en bas, en y ajoutant souvent une petite incision perpendiculaire. Par cette incision, j'enlève partiellement ou totalement l'astragale et je fais une tarsectomie cunéiforme plus ou moins large suivant les cas, mais toujours suffisante pour obtenir un bon redressement immédiat; elle pourra être souvent économique à cet âge, d'autant plus que les manipulations, la section de quelques résistances fibreuses, dans le champ opératoire avec le bistouri ou le ténotome, aideront au redressement et pourront faire diminuer l'importance des ablations osseuses. Plus l'enfant s'avancera en âge, plus les indications de la tarsectomie augmenteront, ainsi que l'étendue des résections osseuses. Dans quelques cas de pied bot paralytique, très bons résultats par des résections semblables avec ou sans ablation des cartilages (arthrodèse).

M. Reboul (de Nîmes) communique l'observation d'un enfant de trois ans qui présentait un pied bot valgus congénital, dont le redressement et la guérison parfaite ont été obtenus par la simple ténotomie du tendon d'Achille combinée au massage, à la mobilisation et à l'électrisation. La déformation du pied a été constatée dès la naissance; elle s'est accrue avec la marche. Le pied était complètement dévié en dehors, son axe faisait un angle droit avec celui de la jambe; l'enfant reposait uniquement sur le bord interne du pied. Dans les tentatives de redressement du pied, les tendons péroniers qui étaient situés en position vicieuse, sur la face externe de la malléole externe, se réduisaient en arrière dans leurs gouttières en produisant un claquement. La réduction de la déformation était arrêtée par une forte tension du tendon d'Achille, il se produisait alors un léger équinisme. Après une immobilisation en bonne position dans une bottine plâtrée pendant deux semaines, avec massage musculaire et électrisation, le Dr Reboul pratique la ténotomie du tendon d'Achille. La réduction du pied bot est complète. Un nouvel appareil plâtré est appliqué durant trois semaines. Depuis lors, massage, électrisation. Actuellement, trois mois après l'opération, la guérison se maintient. L'enfant marche sur la plante des pieds. L'auteur insiste sur la rareté du pied bot valgus congénital pur et sur les bons résultats que peuvent donner les moyens simples comme la ténotomie, le massage et la mobilisation, lorsqu'on traite les déformations du pied dans le jeune âge, avant que les altérations de forme et de rapports des os soient trop considérables.

M. Adenot (de Lyon). — Nous avons traité, chez les enfants, un certain nombre de pieds bots par le redressement manuel avec ou sans section du tendon d'Achille. La supériorité du traitement orthopédique en pareil cas est évidente. Plus tard, chez des adolescents et des adultes, on pourra choisir dans toute une série d'opérations brutales ou sanglantes. Enfin, dans quelques cas tout à fait exceptionnels, on n'aura pas le choix et on devra recourir à la résection partielle des os du tarse. C'était le cas d'un malade porteur, à droite, d'un pied bot varus grave invétéré. Il s'agissait d'un homme âgé actuellement de 51 ans qui marchait sur le dos du pied. Jusqu'à l'âge de 47 ans, il refusa toute intervention. La formation d'un hygroma suppuré chronique compliqué de fistules suppurées communiquant avec l'articulation de Chopart et accompagné d'accidents graves, de douleurs et de gonflement, l'amenèrent à réclamer l'amputation. Malgré ces lésions graves, je tentais la conservation du pied par la résection de plusieurs os du tarse combinée à une section musculaire à la manière de Phelps. J'enlevais d'abord successivement l'astragale, le cuboïde, le scaphoïde, et un mois après, dans une intervention complémentaire, la portion antérieure de la grosse apophyse du calcanéum, ainsi que l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien. Bien entendu, le membre fut maintenu pendant plusieurs mois par des bandages plâtrés. Un an et demi après l'opération le malade pouvait faire à pied environ trois kilomètres, en s'aidant d'une simple canne. L'état local s'est encore amélioré depuis deux ans. Mais c'est surtout l'amélioration fonctionnelle qui mérite d'être signalée, car cet homme peut fournir actuellement une marche de plusieurs heures. Récemment il est allé et revenu à pied de Lyon à Saint-Fons, soit environ seize kilomètres. Vous pouvez constater, sur cette photographie récente que la forme du pied est satisfaisante. Si en dehors les incisions et le drainage ont laissé des cicatrices très apparentes et assez disgracieuses, par contre, sur le bord interne, la voûte du pied a pu être en partie restaurée. En résumé, l'âge avancé du malade, la déformation grave du pied, la présence d'arthrites suppurées et les accidents qui en résultaient, ne nous laissaient pas le choix dans le mode d'intervention. Une large tarsectomie pouvait seule assurer un drainage nécessaire et permettre la conservation du membre. Le résultat fonctionnel a dépassé nos espérances.

M. Chibret (d'Aurillac) présente les moulages de six cas de pieds bots invétérés traités par la méthode de M. Lucas-Championnière, c'est-à-dire résection large des os du tarse et mobilisation précoce. Le résultat fut parfait; la marche est irréprochable, la hauteur du pied conservé. Celui-ci n'est que raccourci.

M. Gross (de Nancy). — *Indication de la tarsectomie postérieure dans les pieds bots varus équins rebelles.* — Dans deux communications présentées aux Congrès de 1885 et 1886, j'ai proposé de remédier aux déformations squelettiques dans les varus équins congénitaux invétérés par l'astragalectomie avec résection de la grande apophyse calcanéenne. Mon jugement était basé sur les données de l'anatomie pathologique qui démontrent que, dans les vieux pieds bots, l'équinisme est déterminé par la déformation de l'astragale, et son état de subluxation irréductible par disproportion des parties à mettre en rapport; le varus par une subluxation du scaphoïde et du cuboïde qui ne sauraient être mis en position normale en raison du déplacement des surfaces articulaires antérieures de l'astragale et du calcanéum et des saillies de la partie frontale abandonnée de la tête astragolienne et du bord externe de la grande apophyse calcanéenne. Dans ces conditions, l'équinisme et le varus sont irréductibles par les moyens orthopédiques ordinaires, et l'intervention que je propose remédie à la fois à l'un et à l'autre. La question est de savoir si les mêmes difficultés existent déjà chez l'enfant, et sinon à quelle époque elles apparaissent. Les recherches de Lannelongue et de Thorens ont appris que les altérations squelettiques peuvent déjà être indiquées sur le pied bot du nouveau-né; elles s'accentuent surtout à partir du moment où l'enfant commence à marcher. L'ossification les consolide.

Le problème thérapeutique serait facile si les lésions osseuses répondaient toujours au degré de la difformité. Or, il est des pieds très déformés dans lesquels la rétraction présente est pour ainsi dire absente et où l'obstacle vient des os et des ligaments. Il en est d'autres également très prononcées avec des os à peine déformés. Dans ces derniers, l'orthopédie peut tout. Existe-t-il des déformations squelettiques chez le jeune enfant? Elles sont remédiables. Il me semble ne devoir y avoir quelque difficulté qu'à partir du moment où la déformation atteint le noyau d'ossification, ce qui, pour l'astragale, a lieu, d'après Farabeuf, à partir de 3 ans. Les conditions ne sont plus les mêmes une fois que les subluxations astragaliennes et médio-tarsiennes s'établissent. Nous n'avons aucune donnée précise sur le moment où l'irréductibilité de l'astragale se prononce; mais celle de la subluxation médio-tarsienne nous est nettement indiquée par les saillies que la tête abandonnée de l'astragale et le bord externe de la grande apophyse calcanéenne font sur la face dorso-externe du pied bot. A partir de ce moment, l'intervention sur le squelette est indiquée pour remédier au varus. L'importance capitale de la correction absolue de l'équinisme commande l'astragalectomie, quand, après section du tendon d'Achille et sous le chloroforme, on ne réussit pas à faire descendre le talon et à placer le pied dans une position se rapprochant pour le moins de la perpendiculaire à l'axe du pied. La combinaison des deux opérations constitue ce que j'appelle la tarsectomie postérieure cunéiforme (Congrès de Chirurgie, 1885). La gravité de l'opération est nulle et la guérison aujourd'hui la règle. Je l'ai pratiquée sur 18 sujets, de 3 à 16 ans. La correction immédiate de

la difformité a toujours été complète. Quant aux résultats définitifs observés chez 10 opérés qui ont pu être suivis, je les ai fait connaître l'année dernière au Congrès de Bordeaux. Ils sont très satisfaisants. La correction absolue est maintenue sur 10 pieds. Les insuccès notés chez 3 opérés ont été dus à des circonstances exceptionnelles : complications musculo-nerveuses, traitement consécutif insuffisant. Chez 7 opérés, si l'équinisme et le varus sont restés corrigés, les conditions de la station et de la marche sont très satisfaisantes, et l'opération n'a eu comme conséquence qu'un retard sur l'accroissement ultérieur du pied. Dans les varus équins rebelles, lorsque les différents moyens de redressement orthopédiques ne sont pas applicables ou échouent, c'est à l'extirpation de l'astragale avec résection de la grande apophyse calcanéenne qu'il faut avoir recours.

M. P. Reynier (de Paris). — *Pathogénie des déformations du pied connues sous le nom de pieds plats, pieds creux, valgus douloureux.* — Je traiterai de cette affection de l'adolescence, presque exclusive à cet âge, qui consiste dans l'abduction du pied en valgus avec ou sans affaissement de la voûte plantaire. Désignée par Gosselin sous le nom de tarsalgie, cette déformation a été expliquée de bien des manières différentes. Aucune des théories pathogéniques proposées n'est entièrement à l'abri d'objections sérieuses. J'ai fait des recherches nouvelles et j'apporte les conclusions que j'ai dégagées de l'étude de 20 cas de tarsalgies suivies pendant longtemps. La déformation du pied en valgus avec affaissement ou non de la voûte plantaire, ne doit être considérée que comme un symptôme du même genre que la flexion de la cuisse dans une arthrite. Elle n'est que le résultat de la contracture des muscles. Ce n'est donc pas la forme du pied, le pied plat qui constitue tout d'abord l'affection, puisque l'affaissement de la voûte plantaire n'est que temporaire. La contracture musculaire porte sur différents muscles inégalement. Il y a donc des tarsalgies avec affaissement et des tarsalgies sans affaissement. Il faut noter qu'un muscle contracturé amène toujours la contracture du muscle antagoniste. Cette loi de physiologie se vérifie dans l'affection qui nous occupe; mais il y a toujours un groupe de muscles qui l'emporte sur les autres; ici, le court péronier latéral est le plus contracturé. Aussi le pied se met-il en valgus. Mais le jambier est aussi contracturé, comme un antagoniste. C'est ensuite le tour du long péronier latéral, puis des extenseurs, du court fléchisseur commun et du fléchisseur propre, du gros orteil. Suivant l'action prédominante de tel ou tel de ces groupes musculaires, la voûte sera affaissée ou excavée. Cette contracture est-elle primitive ou secondaire? Les deux opinions sont vraies; mais les contradictions viennent de ce que souvent la contracture musculaire et les déformations sont révélatrices de lésions d'affections différentes. Le pied plat valgus peut, en effet, être symptomatique de lésions tuberculeuses, d'arthrites rhumatismales, traumatiques. Mais dans le jeune âge, dans l'adolescence, la fatigue, la tension exagérée des ligaments dans l'attitude verticale prolongée suffit souvent à entraîner la contracture. On a souvent remarqué l'amincissement du cartilage articulaire, l'état de fragilité des os, qui indiquent leur altération (Gosselin). On a émis différentes hypothèses pour expliquer cette altération; troubles nerveux liés au développement; ostéite analogue à celle du rachitisme. Or, dans l'analyse de nos observations, nous avons été frappés par la présence presque constante des troubles nerveux, ou par les antécédents névropathiques des malades. Nous avons trouvé des stigmates d'hystérie, des troubles trophiques ou vaso-moteurs dans les membres atteints. Il nous paraît donc que, dans le plus grand nombre des tarsalgies, l'hystérie doit être un facteur prédisposant. En résumé, on peut admettre que les tarsalgies se divisent en plusieurs groupes : 1° les tarsalgies sous la dépendance de lésions osseuses nettes (tuberculose); 2° les tarsalgies déterminées par des affections variables des os ou des articulations (arthrites rhumatismales), entorse, troubles de croissance). Mais pour expliquer la contracture facile, tenace, déterminée par ces affections quelquefois légères, il faut admettre l'influence prédisposante de l'hystérie. On peut même dire que les altérations osseuses de nature mal déterminée qui ont été signalées sont sous la dépendance de troubles trophiques osseux, troubles trophiques que l'on peut constater d'autre part dans la peau au cours des tarsalgies.

Séance du Mercredi 21 Octobre (matin).

M. Schwartz (de Paris). — *Suture du sinus latéral déchiré par l'extraction d'un fragment osseux enfoncé et nécrosé en partie par un coup de pied de cheval dans la région temporo-pariétale. Guérison.* — La suture des grosses veines, blessées ou déchirées latéralement, n'a fait son entrée dans la thérapeutique chirurgicale que dans ces dernières années. De même que celle de la ligature et de la forcipressure latérale, l'idée en a été suggérée aux chirurgiens par les accidents qu'ils redoutaient à la suite des oblitérations des gros troncs veineux. Dans l'espoir de maintenir la perméabilité des grosses veines, tout en obturant la plaie vasculaire, l'on a expérimenté d'abord chez les animaux, puis tenté, chez l'homme, la suture des grosses veines. Un des principaux promoteurs de la suture a été Schede. Il porta le premier une suture sur la veine cave inférieure, blessée au cours d'une néphrectomie; les fils tinrent bon et le vaisseau resta perméable, comme le démontra l'autopsie de l'opéré qui succomba quelque temps après. Nous avons pu recueillir, depuis la thèse de Brachet qui contient déjà vingt cas portant sur les veines axillaire, saphène interne, saphène externe, fémorale jugulaire interne, poplité, tronc brachiocéphalique, veine cave inférieure ; trois nouveaux faits, deux de Morin, un de Jordon, deux fois il s'agissait de la veine fémorale, une fois du tronc brachiocéphalique. Dans le cours de cette année, nous avons, nous-mêmes, utilisé la suture dans un cas d'hémorrhagie très grave du sinus latéral pendant une trépanation. C'est l'observation de ce fait que nous vous rapportons. Il s'agit d'un homme de 26 ans, cocher, qui fut admis dans notre service, à l'hôpital Cochin, le 26 octobre 1895, pour des accidents cérébraux graves, consécutif à un coup de pied de cheval arrivé il y a trois mois. On constate localement, immédiatement en arrière et au-dessus de l'oreille gauche, l'existence d'une fistule qui conduit sur un os dénudé; il semble que l'os soit déprimé en cet endroit quoique l'épaisseur des parties molles soit considérable. Le blessé a absolument perdu la mémoire; il a des étourdissements, des vertiges avec des tendances à tomber à gauche; il est pris subitement d'une perte d'équilibre qui menace de le faire choir. Dans tout le côté droit la sensibilité à la douleur et au contact est amoindrie. Il y a surdité complète du côté gauche, aucun autre trouble sensoriel. Je proposai à ce blessé la trépanation et pour enlever ses fragments d'os nécrosé et pour décomprimer le cerveau. Le 24 novembre l'opération fut pratiquée sous le chloroforme. Une fois le crâne mis à nu par une incision courbe dessinant un lambeau à convexité inférieure, nous pûmes nous rendre compte qu'il y avait un enfoncement de près de un centimètre d'un fragment osseux grand comme une pièce de cinq francs; une fistule conduisait au-dessous de lui sur un point rugueux et sonore. Des couronnes de trépan furent placées aux quatre points cardinaux tout autour du fragment enfoncé; puis avec la pince gouge de Matthew, le ciseau et le maillet, l'on fit sauter tout ce qui retenait encore la rondelle enfoncée. Au moment de l'enlever, nous constatâmes, en la soulevant de haut en bas, qu'elle était adhérente à la dure-mère juste au niveau du sinus latéral gauche, et, malgré toutes les précautions pour le décoller, le sinus fut déchiré sur une étendue de un centimètre environ. Immédiatement, un large jet de sang noir inonda le champ opératoire; le doigt placé sur la solution de continuité arrêta tant bien que mal l'hémorrhagie, pendant que de l'autre main armée d'une fine aiguille de Reverdin nous plaçâmes successivement deux points de suture à la soie sur la brèche veineuse. Les fils serrés, le sang ne coula plus que par deux petites piqûres et fut facilement arrêté par la compression faite à l'aide d'un petit tampon iodoformé dont l'extrémité fut amenée au dehors une fois la suture de la peau terminée. Pansement compressif ouaté. Guérison. L'examen de la rondelle osseuse montra que sa partie interne adhérente au sinus était atteinte d'ostéite avec nécrose. Le blessé fut gardé dans notre service pendant plus de six mois et nous pûmes constater à sa sortie, 3 juin 1896, que les phénomènes cérébraux, intellectuels et moteurs avaient complètement disparu; la surdité avait considérablement diminué; il ne persistait que quelques troubles de la mémoire. Cette observation, en dehors de l'intérêt qu'elle présente au point de vue de la décompression amenant la disparition de la plupart des phénomènes morbides, nous suggère les réflexions suivantes : la suture des sinus est possible, malgré la rigidité, malgré la tension des tuniques fibreuses; elle doit être employée lorsque les autres moyens d'hémostase applicables aux tissus ne sont pas de mise, et c'est même le moyen de choix quand il s'agit de larges sinus, comme le sinus latéral, la partie postérieure du sinus longitudinal supérieur dont la perméabilité a une grande importance tandis que le tamponnement, le bourrage au catgut peuvent suffire quand il s'agit d'une plaie du sinus latéral pendant une trépanation de la mastoïde, dans un cas comme le nôtre où il n'y a point de point d'appui pour le tampon, quel qu'il soit, la suture est absolument indiquée, efficace et a le grand avantage de ne pas oblitérer nécessairement le canal veineux sur lequel elle est placée.

M. Broca (de Paris). — *Abcès du cerveau d'origine otique.* — L'auteur relate un cas d'abcès du lobe temporal, guéri après trépanation. Il s'agit d'une fille de 14 ans, atteinte d'otorrhée depuis plusieurs années. Dans les premiers jours de juin 1896, elle fut prise d'accidents aigus, peu à peu aggravés, qui permirent à M. le Dr Péron de diagnostiquer un abcès cérébral. M. Broca confirme ce diagnostic le 13 juin et fit immédiatement la trépanation de l'apophyse et de la caisse, puis, selon le procédé qu'il préconise depuis plusieurs années ; il ouvrit la fosse temporale au-dessus du plafond de l'*aditus ad antrum* et draina de la sorte un abcès du cerveau. Dès le lendemain matin, l'enfant était sortie du coma et elle guérit rapidement. Actuellement, elle est guérie à la fois de l'abcès cérébral et de l'otite moyenne chronique, et cette simultanéité de traitement des deux lésions par une seule opération plaide vivement en faveur de la trépanation par voie mastoïdienne.

M. Rivière (de Lyon). — *Phlébite des sinus et septico-pyohémie consécutive aux anciennes suppurations de l'oreille.* — L'auteur relate 4 observations dont 3 avec décès. Ces observations viennent à l'appui de la thèse soutenue par Broca dans différentes publications : 1° grande fréquence des complications cérébrales ou infectieuses des vieilles suppurations de l'oreille : méningite chez l'enfant; et, plus souvent, chez l'adulte, abcès, phlébite des sinus, pyohémie. A propos de la pyohémie, Rivière ne croit pas à la bénignité des infections purulentes d'origine otique (contrairement à l'opinion de Chauvel) ; 2° les ouvrages classiques, les publications de Broca mises à part, ne permettent que difficilement de poser le diagnostic précis de ces complications cérébrales. Parmi les cas rapportés, dans un seul le diagnostic (complications cérébrales, abcès ou phlébite) fut posé, sans plus de précision, par Jaboulay, avant l'apparition des phénomènes pyohémiques; dans un cas personnel à l'auteur, le diagnostic fut très hésitant : alors qu'il n'existait aucun phénomène cérébral le malade fut pris, pendant la toilette préopératoire de la région mastoïdienne, d'un point de côté et d'une hémorrhagie par le conduit auditif (à caractère nettement artériel). Comme il n'y avait rien du côté de la jugulaire, qu'il y eut après l'opération un frisson, et la continuation du point de côté, l'auteur pensa à la pyohémie sans phlébite; mais le malade mourut trop vite (36 heures) pour qu'on pût songer à réintervenir. A propos des difficultés du diagnostic, l'auteur rapporte un cas (non mentionné plus haut) où il lui fut impossible de savoir au cours d'une dothiénentérie s'il évoluait une phlébite du sinus. (La mort survenue sans intervention parut justifier cette opinion); 3° nécessité de faire le traitement préventif des complications cérébrales par le traitement énergique et « chirurgical » au besoin des suppurations de l'oreille ; 4° importance de l'ouverture de l'antre et de la caisse, alors même qu'elle devrait rester explorative. C'est la seule voie logique pour aborder toutes les lésions cérébrales ; et de plus, le nettoyage de la mastoïde et de la caisse est le premier traitement absolument nécessaire et quelquefois suffisant de ces complications (lorsqu'elles sont seulement à leur début); 5° pour la phlébite du sinus et la pyohémie, l'ouverture et drainage du sinus avec ligature de la jugulaire (résection suivant les cas) est le traitement de choix.

M. Chipault (d'Orléans). — *Les ligatures apophysaires : contribution à l'orthopédie opératoire.* — J'ai insisté à plusieurs reprises sur la nécessité de leur faire place dans le domaine de l'orthopédie opératoire : je tiens à y revenir devant vous, en exposant en deux mots les procédés à employer dans ce but et les résultats qu'ils sont susceptibles de fournir. Pour remplir toutes les indications de l'orthopédie rachidienne, un seul *procédé opératoire* suffit, les ligatures apophysaires. C'est là une opération d'une simplicité absolue, et sans aucun danger. Le *nombre des interventions* que j'ai pratiquées jusqu'à présent par cette méthode s'élève à treize. Je laisse de côté sur ce nombre quatre affections traumatiques (deux luxations cervicales, dont une présentée par moi l'an dernier au Congrès, une fracture dorsale inférieure avec grand déplacement et sans accidents nerveux, une fracture du sacrum) pour m'en tenir aux affections à proprement parler orthopédiques du rachis. Mes neuf observations de ce genre se décomposent de la manière suivante : a) *Six ligatures apophysaires pour mal de Pott*, une pour tuberculose cervico-dorsale avec paralysie radiculaire totale des deux membres supérieurs, chez un homme de 60 ans; une pour tuberculose dorsale inférieure avec paraplégie, chez un garçon de 7 ans 1/2; quatre pour des tuberculoses dorsale supérieure ou dorso-lombaire, sans paraplégie, chez des enfants de 5, 8, 10 et 12 ans. b) *Une ligature apophysaire pour arthrite rhumatismale des vertèbres cervicales moyennes avec torticolis*, cette affection si parfaitement et définitivement décrite par le Pr Lannelongue, dans un cas passé à l'état subaigu et dont la déviation s'était à plusieurs fois reproduite après l'ablation des minerves le mieux et le plus longtemps appliquées. c) *Une ligature apophysaire pour cyphose lombaire rachitique*, chez un garçon de 5 ans. d) *Une ligature apophysaire pour scoliose rachitique infantile de forme grave.* Sur ces neuf observations, dont la plus ancienne remonte à 3 ans et la plus récente à 1 mois seulement, je n'ai eu ni un accident ni un incident opératoire. Un seul de mes opérés a succombé 4 mois après l'intervention, et sans que sa mort ait eu le moindre rapport avec elle : c'est le vieillard atteint de tuberculose cervico-dorsale avec diplégie brachiale, que j'ai cité en premier lieu dans ma statistique : sa plaie était depuis longtemps guérie et il était entre les mains de M. Huet qui l'électrisait régulièrement, lorsqu'il prit froid et succomba en quelques jours à une fluxion de poitrine; je suis autorisé à dire que l'intervention n'a été pour rien dans cette terminaison fâcheuse. Tous mes autres opérés sont vivants, à ma connaissance, et je me crois en droit d'ajouter : ceux que j'ai opérés récemment sont en bonne voie de guérison, ceux que j'ai opérés depuis suffisamment longtemps, (trois maux de Pott, le sont depuis plus d'un an, et une cyphose rachitique depuis 10 mois) sont guéris : ils sont sortis de leur affection vertébrale sans en garder la moindre trace, sans la moindre apparence de gibbosité, et pour les maux de Pott avec seulement un peu de raideur vertébrale ; je crois qu'on ne peut souhaiter mieux.

M. Dubois (de Cambrai), rapporte une observation de *névralgie rebelle de maxillaire inférieure* qu'il a guérie par la résection nerveuse suivant le procédé de Horsley.

M. Castex (de Paris). — *Documents pour la chirurgie du nez.* — L'auteur donne la conclusion suivante : 1° On peut distinguer, pour le nez, la chirurgie extérieure et la chirurgie intérieure (des fosses nasales). 2° La chirurgie extérieure trouve son application dans les plaies, fractures, pertes de substances, tumeurs diverses (éléphantiasis, épithéliomas, rhinoscléromes, etc.). M. Castex montre à ce propos les photographies d'une observation de rhinosclérome. La chirurgie intérieure est particulièrement indiquée dans les malformations de la cloison (procédés divers). M. Castex décrit la rhinotomie transversale inférieure.

M. A. Combe (de Paris). — *Sinusites maxillaires compliquées de tic douloureux* — Lorsque le catarrhe du sinus maxillaire est compliqué d'une violente névralgie qui peut s'étendre à toute la région d'innervation du trijumeau et prend le caractère du tic douloureux, il faut pratiquer la trépanation. Cette trépanation se fera par la voie alvéolaire au niveau de la dent qui sera extraite, ou à ce même niveau à travers l'épaisseur de l'os maxillaire lorsque la dent, qui a provoqué les accidents de sinusite, aura été extraite précédemment. La trépanation ne suffit pas, il faut réséquer assez largement le pourtour de la voie de pénétration tout en ruginant dans l'épaisseur des bords. Si quarante-huit heures après cette intervention les douleurs n'ont pas disparu, il y a lieu d'élargir le champ opératoire et de faire une résection plus étendue. Les soins consécutifs sont les mêmes que dans les sinusites ordinaires : larges lavages antiseptiques, injections de glycérine phéniquée, et insufflations de poudre d'iodol, pansement obturateur. L'opération devra se faire sous le chloroforme et non pas seulement après une injection de cocaïne comme pour une simple trépanation. La guérison définitive a toujours suivi dans les six observations rapportées.

M. Leriche (de Nice). — *Sur le maintien de la portion restante du maxillaire inférieur après résection du néoplasme, sans appareil prothétique.* — M. Leriche a opéré un volumineux sarcome des ganglions sous-maxillaire ayant nécessité la résection de la branche montante et d'une grande partie de la branche horizontale du maxillaire. Il croit que l'on peut négliger d'avoir recours à la prothèse immédiate si l'on suture exactement la plaie buccale. La déviation transversale classique a été insignifiante. La mobilité verticale s'est maintenue suffisante.

M. Larger (de Maisons-Laffite) présente deux malades qu'il a opéré par son procédé de *cheiloplastie*. Ce procédé a été décrit il y a deux ans et employé deux fois avec succès par

M. Guinard. Les résultats morphologiques et fonctionnels sont parfaits. Les deux malades pensent souffler et siffler.

M. Laucial (d'Arras). — *Phlébite faciale et phlébite ophtalmique guéries par la section hâtive au thermocautère de la veine angulaire et des tissus sous-orbitaires.* — M. Laucial a indiqué précédemment (Congrès de Berlin) le curage complet de l'orbite comme traitement radical de la phlébite de la veine ophtalmique et pour s'opposer à la propagation de la phlébite au sinus caverneux. Dans un cas, il a pu arrêter les progrès de l'infection avant l'envahissement des veines ophtalmiques en sectionnant au thermocautère la veine faciale à l'angle interne de l'œil et les tissus mous jusqu'au rebord orbitaire. Il s'agissait d'un malade de 19 ans, atteint de phlébite faciale, consécutive à un anthrax de la lèvre supérieure.

M. Abadie (de Paris). — *Section du sympathique cervical dans les formes graves du goitre exophtalmique.* — Si l'on admet la théorie qui place sous la dépendance d'une encilation des fibres dilatatoires du sympathique cervical les symptômes du goitre exophtalmique, il est logique de conclure que la section du sympathique cervical au-dessus du ganglion moyen doit faire disparaître les principaux symptômes (goitre, exophtalmie secondaires à la dilatation des artères thyroïdiennes ou rétrobulbaires, tachycardie consécutive à l'encilation permanente du sympathique). Dans un cas opéré par M. Jaboulay, la section du sympathique cervical a fait disparaître les symptômes oculaires. Il est plus difficile d'avoir raison de l'hypertrophie thyroïdienne et de la tachycardie à cause des obstacles que rencontre l'opération pour atteindre les nerfs qui se rendent au cœur ou au corps thyroïde. M. Abadie tend à admettre que quelques cas de guérison, à la suite de tentatives d'ablation du corps thyroïde, ne doivent être imputés qu'à la section des filets nerveux qui vont à l'organe ou des filets sympathiques voisins.

M. Thomas Jonnesco. — *La résection totale et bilatérale du sympathique cervical.* — M. Jonnesco a inauguré une opération qui n'a pas d'égale dans les annales de la chirurgie. Nous voulons parler de la résection totale et bilatérale du sympathique cervical. Il a pratiqué ces interventions six fois ; les premiers malades se divisent ainsi : deux maladies de Basedow (Goitre exophtalmique), deux épileptiques essentiels, une petite fille choréique et épileptique, à la fois. Le 6[e] cas, paraît-il, très récent, est passé sous silence. Deux ordres de faits ont suggéré à l'auteur l'idée d'entreprendre cette intervention, qui, *a priori*, paraissait condamnée par les données physiologiques : d'abord, les tentatives de section et résection partielle du sympathique cervical d'Alexandre, Kummel, Vacks, Chipault et Jaboulay; en second lieu, l'évidence de l'inefficacité thérapeutique de ces tentatives et le pressentiment d'un mode opératoire radical, pouvant fournir de bons résultats.

Les premières entreprises de M. Jonnesco, sur des malades atteints de goitre exophtalmique, furent infructueuses; c'est alors qu'il se décida à agir sur les épileptiques.

Le manuel opératoire peut être divisé en cinq temps : 1° Incision cutanée depuis le bord postérieur de l'apophyse mastoïde, jusqu'à la face antérieure de la clavicule, en suivant le bord postérieur du sterno-mastoïdien; puis, ligature de la jugulaire externe et section des branches du plexus superficiel ; 2° dégagement du bord postérieur du sterno-mastoïdien, au moyen des écarteurs Farabeuf; 3° recherche du tronc sympathique, que l'on rencontrera à la partie moyenne du champ opératoire. Cette manœuvre est difficile, minutieuse, et réclame un soin particulier de la part de l'opérateur; 4° une fois le tronc trouvé et dégagé, on procède au dégagement du ganglion cervical supérieur; il faut pincer et tirer fortement, en évitant de blesser les troncs nerveux voisins ; 5° après le dégagement et la section du ganglion supérieur, on procède à la résection des ganglions moyens et inférieurs, pratique difficile et nécessitant une attention toute spéciale.

Puis l'auteur fait l'historique des cinq cas où il a employé ce nouveau *modus operandi*. Il termine en posant les conclusions suivantes : On peut impunément réséquer le sympathique, sans crainte de troubles ultérieurs ; cette opération peut toujours être tentée dans le goitre exophtalmique, et, en somme, dans tous les troubles dont le sympathique est le siège ; enfin, on pourra étendre les indications de cette opération, en l'appliquant au traitement des diverses névroses sans lésions et attaques, dans lesquelles, probablement, les modifications de la circulation encéphalique peuvent jouer un grand rôle.

M. Kocher (de Berne). — Je désirerais faire remarquer que, malgré l'intérêt des opérations de MM. Jaboulay, Abadie et Jonnesco, il ne faudrait pas attribuer au grand sympathique cervical un rôle exclusif dans la genèse du goitre exophtalmique. D'abord, il y a des symptômes, tels que la diarrhée et les vomissements, qui n'ont rien à voir avec ce cordon nerveux. En second lieu, il est incontestable qu'on peut provoquer des symptômes identiques à ceux du goitre exophtalmique par des tablettes thyroïdiennes, et qu'il s'agit alors évidemment d'hyperthyroïdisation. Enfin, j'ai des malades chez lesquels je suis intervenu chirurgicalement parce qu'il y avait des phénomènes locaux spéciaux, tel que la compression de la trachée. J'ai obtenu quelques guérisons complètes constatées à longue échéance.

M. Adenot (de Lyon). — *Libération longitudinale de la trachée avec ou sans tyroïdectomie partielle comme traitement de la suffocation dans le cancer du corps thyroïde.* — Dans le cancer tyroïdien, à cause de l'extension de la tumeur aux ganglions voisins, on peut s'adresser qu'au traitement palliatif. La trachéotomie intervient contre la dyspnée, mais ne fait rien contre la dysphagie ou les douleurs irradiées. M. Poncet a indiqué les incisions circumthyroïdiennes des parties molles comme un procédé de choix. Nous avons, chez une malade atteinte de cancer tyroïdien, pratiqué non seulement les larges incisions recommandées par M. Poncet, mais le dégagement de la trachée. Celle-ci fut dénudée sur la ligne médiane sur une longueur de 6 à 7 centimètres, après ablation d'une partie de la tumeur. La dyspnée disparut assitôt. La malade succomba à la généralisation du cancer. Nous tenons de M. Poncet une observation dans laquelle le malade fut guéri des douleurs irradiées dans le cou et la nuque par une large circumtomie. D'une façon générale, la libération longitudinale de la trachée, combinée à la circumtomie doit être employée toutes les fois qu'on le pourra ; on en obtiendra d'excellents résultats.

M. Taillefer (de Toulouse) rapporte un cas d'une variété très rare de thyroïdite chronique prise pour un cancer thyroïdien. L'opération (thyroïdectomie partielle) fut suivie au bout de treize jours, d'une hémorrhagie de la carotide primitive gauche, qu'on arrêta par la forcipressure. Consécutivement, on observa une hémiplégie droite avec aphémie et une panophtalmie septique douze heures après l'intervention dirigée contre l'hémorrhagie. L'hémiplégie avait disparu quatre mois plus tard.

M. le D[r] Paul Raugé (de Challes). — *Dix cas de paralysie laryngée de cause chirurgicale.* — Cette série de faits cliniques réunit étiologiquement presque toutes les variétés de tumeurs cervicales capables de déterminer la compression de récurrent et les troubles laryngo-moteurs qui en sont la conséquence mécanique. Au point de vue pathogénique, voici comment se décomposent les dix observations personnelles que l'auteur a réunies dans son mémoire : 5 cas de tumeurs thyroïdiennes ; 2 cas d'adénopathie cervicale ; 1 cas de cancer de l'œsophage; 1 cas de mal de Pott cervical ; 1 cas d'anévrysme de l'aorte. Dans 9 cas, la paralysie du larynx ne portait que sur un seul côté (5 fois à gauche et 4 fois à droite). Dans une seule des observations (cancer de l'œsophage) elle atteignait les deux cordes vocales. Dans le plus grand nombre des faits (6) la corde vocale paralysée était fixée en position cadavérique (paralysie complète); plus rarement (4 fois) en adduction permanente. Dans l'unique observation où la paralysie était bilatérale, l'une des deux cordes vocales se trouvait en abduction extrême. Les symptômes fonctionnels étaient généralement en rapport avec le mode de déformation glottique observée au laryngoscope : dans les cas où la corde vocale se trouvait en position cadavérique, on constatait le plus souvent des désordres vocaux très marqués; il n'existait en général que des troubles respiratoires dans les cas d'adduction permanente. L'auteur observe en terminant, que l'absence de dysphonie dans cette dernière catégorie de faits est peu propre à attirer l'attention du côté de l'appareil vocal, et qu'à moins de pratiquer par ha-

sard un examen laryngoscopique, que rien ne semble motiver, on est facilement exposé à laisser passer inaperçue cette forme de trouble moteur, qui ne s'exprime le plus souvent que par des phénomènes dyspnéiques dont on ne songe pas toujours à accuser le larynx.

M. DELORME (de Paris). — *De la décortication du poumon dans la pleurésie purulente.* — Le moment me semble venu de rechercher quelle est la valeur de la décortication du poumon, de fixer les indications, de préciser quelques points de sa technique. C'est sur ces questions que je désirerais attirer votre attention. Jusqu'ici, la décortication pulmonaire a été pratiquée une vingtaine de fois, plus souvent à l'étranger qu'en France. Si nous opposons à dix-neuf observations prises sur le vivant et qui forment le bilan actuel de la décortication, les enseignements tirés des autopsies et consignés surtout dans nos auteurs, nous constaterons qu'observations et descriptions sont concordantes. L'anatomie pathologique, comme la clinique, montre que tantôt et souvent la fausse membrane est séparable et le poumon insufflable, que d'autrefois la fausse membrane est très adhérente au poumon ou que celui-ci n'est pas susceptible de se dilater. Quelque partisan qu'on soit de l'opération, ces données imposent la conclusion que la valeur de la décortication est tout entière liée à son opportunité, au soin que l'opérateur aura mis à saisir son indication formelle ; une membrane décollable, un poumon perméable, mais surtout une membrane décollable, puisqu'un poumon primitivement non insufflable peut ultérieurement se dilater. Il est donc de l'intérêt du patient, de l'opérateur et de l'avenir de la méthode, que cette indication si nette soit recherchée. Or, est-il possible, à l'heure actuelle, sur un malade présentant une vaste cavité d'empyème chronique, d'établir cette indication en se basant sur des anamosestiques ou des signes extérieurs ? Malheureusement non. Ni la durée de la maladie, ni son étiologie, ni sa nature, ni les résultats de l'examen bactériologique, ni même ceux fournis par l'auscultation ne peuvent nous renseigner d'une façon suffisante sur le degré de perméabilité du poumon et d'adhérence de sa membrane. Pour se renseigner, il faut *aller droit à la membrane et au poumon*, explorer *de visu*. On est d'autant plus autorisé à faire cette thoracotomie exploratrice qu'elle constitue le premier temps d'une opération (décortication Estlander modifié) que l'état du malade impose. La membrane incisée, au besoin en plusieurs points, *se sépare* ou ne *se sépare pas*. Dans le dernier cas, on transforme l'opération. Dans le 1er, on continue la décortication, alors même que le poumon atélectasié ne reviendrait pas d'emblée à sa place. Car, rien ne dit que débarrassé de sa coque encapsulante et remis en valeur, il ne puisse ultérieurement se dilater en partie ou en totalité. On abandonnerait encore l'opération, à cause de ses dangers, si le poumon, perméable en quelques points, était farci de cavernules tuberculeuses superficielles. Dans ces précises limites, je crois que la décortication qui ne fait courir aucun risque à l'opéré et qui lui offre le si précieux avantage de lui redonner tout un poumon, est appelée à garder la place qu'elle mérite dans la thérapeutique des empyèmes chroniques dont la cure, vous le savez, est actuellement si déconcertante pour la chirurgie. Je pense qu'ainsi conduite, elle verra ses succès s'accroître à mesure que nous nous éloignerons de la période incertaine de début pendant laquelle on n'a pu faire la part exacte de ses indications et de ses contre-indications. Il me semble, en tout cas, qu'elle devra tout d'abord être préférée aux méthodes de thorocoplastie, puisqu'elle les dépasse par le but poursuivi : le rappel d'un organe à ses fonctions.

Détails de technique. — Je résume très brièvement, d'après mon mémoire, quelques détails de technique : La cavité purulente est habituellement très infectée : on devra la désinfecter plusieurs jours avant l'opération. L'instrumentation ne comporte rien de spécial ; ces instruments, à cause de la profondeur du poumon, seront longs, mousses presque tous pour ne pas le blesser. La distance à laquelle se trouve le poumon, la délicatesse du temps d'incision de sa membrane, la gêne que crée à l'opérateur l'expansion de lobes qui masquent le champ opératoire, imposent de se donner beaucoup de jour. Pour cette raison, je reste, en principe, attaché au volet thoracique légèrement modifié. Il me semble préférable aux incisions pariétales plus circonscrites. On s'assurera, par une exploration préalable, de l'absence d'adhérences du poumon à la paroi avant de sectionner le gril costo-intercostal. Pour prévenir ou limiter le choc, l'opération sera conduite aussi vite que possible, et on s'attachera surtout à dégager la membrane. Sa dissection trop rigoureuse sur le péricarde et le diaphragme peut être dangereuse. Le temps délicat est l'incision de la coque. La section ne doit pas dépasser les limites de cette dernière, sous peine d'exposer à déchirer le poumon pendant le dégagement. Si, malgré toutes les précautions prises, on avait incisé la parenchyme, il serait préférable de recommencer l'incision dans un autre point. Quand le poumon présente une tendance trop marquée à la hernie, pour éviter d'être gêné par un lobe susdilaté et mobile, l'opérateur incisera sur chaque lobe, dans une faible étendue, avant de la décoller complètement sur l'un des lobes. Le dégagement se fait avec des instruments mousses, surtout avec les doigts. L'hémorrhagie est presque nulle quand le poumon n'a pas été atteint, et qu'on s'est borné à l'abrasion de la plèvre viscérale. Les fistules pulmonaires concomitantes seront traitées par l'avivement ou la suture. Dès que la guérison de la plaie sera obtenue, une gymnastique respiratoire appropriée (efforts, marche, course, etc.) forcera le poumon à se déplisser en cas d'atélectasie, et maintiendra le résultat acquis s'il est discutable. J'aurais encore bien d'autres questions secondaires à soulever ; je me réserve de les publier bientôt. Je m'arrête, non sans vous engager très vivement à accorder à la décortication pulmonaire la place qu'elle semble mériter, et à continuer l'essai sur de nouvelles bases.

M. GIRARD (de Berne). — A propos de la communication de M. Delorme, permettez-moi de mentionner rapidement deux cas d'empyème où j'ai employé son procédé. Dans le premier, il s'agissait d'un homme de 38 ans, malade depuis 5 ans, et traité sans succès complet par la thoracotomie et par des résections costales assez larges. A son entrée dans mon service, le malade portait une fistule conduisant dans une cavité de 2 décilitres de capacité. Lors de l'opération, je trouvai la surface pulmonaire recouverte d'un tissu écailleux très dur, inattaquable à la curette. Je dus l'enlever en le disséquant au bistouri. Dès que je l'eus traversé sur un point, le tissu pulmonaire facilement reconnaissable fit voussure par l'ouverture. La surface du poumon ayant été libérée, la cavité fut en partie mais pas complètement comblée par l'augmentation de volume du poumon. Le malade sortit de mon service malgré mon conseil avant la cicatrisation complète, ayant encore une fistule sécrétant peu et dans laquelle on ne pouvait injecter que peu de liquide. Je ne pus le retenir, car il se sentait de nouveau capable de travailler. Le second cas concerne un jeune homme malade depuis 6 mois d'un vaste épanchement séreux d'origine tuberculeuse, ponctionné plusieurs fois et ayant fini par suppurer. Lorsque je le vis, je lui proposai l'opération de Delorme. A l'ouverture de la cavité, je trouvai le poumon complètement ratatiné et atélectasique. Je pus, avec la curette, dégager une partie de la surface du poumon, mais ici je ne vis pas cet organe se développer et augmenter de volume, contrairement à ce que j'avais observé dans le cas précédent.

M. le Dr HAMON DU FOUGERAY (du Mans). — *Etude sur les abcès du cou consécutifs aux inflammations aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne.* — On peut voir survenir dans les diverses régions du cou nombre d'abcès ou phlegmons qui ne sont que la conséquence de la propagation de l'infection primitive des organes voisins, tels que la bouche, le nez, le pharynx, le larynx etc... L'oreille moyenne peut être le point de départ d'une classe spéciale d'abcès qui, bien que signalés dans beaucoup de travaux, n'ont pas encore été l'objet d'une étude complète. Il est regrettable que la plupart des auteurs n'y aient pas apporté toute l'attention désirable, et ne les aient, le plus souvent, mentionnés que comme une complication de peu d'importance. Pour ce motif, on ne saurait actuellement dresser une liste de renseignements bibliographiques sérieuse, et se rendre un compte exact de leur fréquence. Malgré cette lacune, l'auteur, après avoir examiné le plus grand nombre possible d'observations auxquelles il a joint une observation personnelle détaillée, a cherché à élucider surtout la pathogénie de ces abcès, qu'il a prise comme base d'une classification des différentes variétés qui peuvent se présenter.

A ce point de vue, *les abcès du cou consécutifs à l'inflammation aiguë ou chronique de l'oreille moyenne* se divisent en trois classes.

1° *Abcès par irruption directe du pus dans les tissus du cou.* — Dans ce cas, l'inflammation, née dans la caisse du tympan, se propage à l'antre mastoïdien et de là aux cellules. Par suite d'une anomalie de développement de l'apophyse, le pus contenu dans ses cavités s'échappe vers la pointe par une perforation de la paroi interne. C'est ce qu'on a appelé la mastoïdite de Bezold. L'abcès du cou n'est donc alors que la conséquence d'une disposition anatomique anormale.

2° *Abcès par voie veineuse.* — L'otite moyenne s'est compliquée de thrombose du sinus et de la veine jugulaire interne. Le pus se forme dans le calibre même de cette dernière à l'inférieure du thrombus. La paroi antérieure s'ulcère, se perfore, et le pus se répand dans les tissus adjacents. L'auteur en donne une observation typique, avec autopsie, qui lui a été communiquée par le Dr Brindel (de Bordeaux).

3° *Abcès par voie lymphatique.* — La cavité tympanique est enflammée; l'agent infectieux envahit le système lymphatique et atteint les ganglions profonds situés en arrière du sterno-mastoïdien. Il se forme alors un adéno-phlegmon. L'auteur fait remarquer que les deux premières classes ne sauraient être discutables, étant basées sur des observations précises qui ne laissent aucun doute sur leur interprétation. Il n'en est pas de même pour la 3e classe. L'anatomie descriptive de la circulation lymphatique de la caisse est encore à faire. Ce n'est donc que par élimination que l'on est conduit à admettre l'origine lymphatique de ces abcès. Par où sortent les vaisseaux lymphatiques du tympan? Quel est leur trajet? A quels ganglions se rendent-ils? Autant de questions à résoudre sur lesquelles les traités d'anatomie les plus récents restent muets. Voilà un champ, encore inexploré, d'études anatomiques qui tentera, il faut l'espérer, les jeunes anatomistes. En résumé, *les abcès du cou consécutif aux inflammations aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne, siègent* dans les régions latérales, depuis la gaine des vaisseaux jusque sous le trapèze. Le *diagnostic* en est parfois difficile, car il peut se faire qu'il n'y ait pas d'otorrhée, la membrane du tympan n'étant pas perforée. Bien plus, dans certains cas il n'y a pas d'inflammation du tympan, et la mastoïdite est primitive. Enfin l'abcès peut passer inaperçu, se vider dans le larynx et faire croire à une affection pulmonaire, comme dans le cas si intéressant de Thiry (de Fribourg). Le *pronostic* est éminement variable; mais il faut ne pas oublier, qu'à eux seuls, ces abcès peuvent amener la mort. Quant au *traitement*, on doit les ouvrir de bonne heure, ne pas craindre d'aller profondément donner issue au pus en se guidant sur l'anatomie de la région. Cependant, cela ne suffit pas, et, que l'on soit chirurgien ou spécialiste, il est absolument nécessaire d'en reconnaître l'origine et le mécanisme pathogénique, si l'on veut ne pas s'exposer à perdre son malade.

M. Broca. — Je crois que M. Hamon du Fougeray exagère la fréquence de la mastoïdite de Bézold : sur environ deux cents cas d'opération pour mastoïdites aiguës et chroniques, je n'ai eu à ouvrir qu'un seul abcès cervical et je ne suis pas sûr qu'il fût d'origine osseuse et non point lymphatique. Dans un autre cas, un abcès cervical, terminé par ulcération de la carotide avec hémorrhagie foudroyante, venait d'une ostéite du rocher, sans lésion mastoïdienne. Par contre, je crois que M. Hamon du Fougeray exagère la rareté des abcès d'origine veineuse; j'ai montré dans une publication récente qu'après les opérations limites à l'oreille pour thrombose du sinus il n'était pas exceptionnel qu'on eût à venir encore au foyer cervical provenant de la jugulaire. Je terminerai en signalant une erreur de diagnostic possible, certains abcès dans les régions parotidienne et maxillo-pharyngienne pouvant, chez l'enfant, s'ouvrir secondairement dans le conduit auditif.

M. Tuffier (de Paris). — *Kystes hydatiques du poumon. Pneumotomie.* — L'intervention dans les kystes hydatiques du poumon est maintenant acceptée. Les observations et les succès sont aujourd'hui nombreux, puisque j'ai pu rassembler 58 pneumotomies 52 guérisons et 71 pneumotomies avec 2 morts. La pneumotomie paraît donc être la méthode de choix. Mais les frais d'intervention pour des *kystes centraux non suppurés* sont relativement rares. J'en relève seulement 3 observations indiscutables. Un médecin des îles Canaries vint me demander au mois de mai dernier, de le débarrasser d'un kyste du poumon dont les premiers accidents dataient de 2 ans. C'était un homme encore assez robuste qui 2 ans auparavant, avait été pris de tous les signes d'une tuberculose au début, avec poussées d'épanchement pleural à la base du poumon droit. Une série de consultations prises tant en Espagne qu'à Montpellier et à Paris, conclurent dans ce sens, quand après une fatigue, le malade fut pris de violentes douleurs nitrothoraciques et expectoses des crachats sanguinolents mélangés à quelques membranes hydatides. L'expulsion de petits vésicules entiers continue les jours suivants, Mais les douleurs persistèrent si bien, que le malade revint consulter en France, et c'est après un long séjour à Montpellier et aux cours de nombreux examens à Paris, qu'il vint me trouver. Le diagnostic de kyste s'imposait, mais les avis différaient sur le siège de la tumeur, la majorité des consultés voyaient là un kyste du foie ouvert dans le poumon, les autres localisaient la cavité dans le lobe inférieur droit, siège d'élection, comme vous le savez; tous admettaient l'existence d'adhérences pleurales, consécutives aux poussées pleurétiques antécédentes. Opération le 27 mai 1896, avec le concours de M. le Dr Terrier. Chloroformisation, l'incertitude du diagnostic anatomique me fait choisir le manuel opératoire Furient; je pratique sur le bord postérieur de la ligne axillaire une incision oblique de 15 centimètres, effleurant en haut la dixième côte, j'ouvre la séreuse péritonéale et j'explore la face convexe du lobe droit que je trouve normal, je ferme la séreuse très soigneusement. Au cours de cette incision, la séreuse qui débordait largement la douzième côte, comme j'ai pu m'en assurer ultérieurement, est ouverte et une quantité notable d'air pénètre dans sa cavité; l'orifice pleural est fermé par quelques points de suture. Le kyste ne pouvant être que pulmonaire, je prolonge mon incision jusqu'à la septième côte, j'ouvre le neuvième espace intercostal, je pratique le décollement pleuro-pariétal et je constate que l'exploration du poumon est impossible parce qu'il existe une couche d'air dans la plèvre et que les deux feuillets pleuraux sont largement écartés. Je résèque alors 8 centimètres des neuvième et dixième côtes, j'ouvre la plèvre, j'y introduis le doigt sans rien trouver, nous fendons alors largement la séreuse, la respiration devient anxieuse, le pouls rapide. Ces accidents passés, nous constatons que le poumon est rétracté sur son hile, il est peut-être exploré avec les doigts, mais je vois sa base blanche, lardacée, je pense que le kyste est à ce niveau et je l'amène dans la plaie au moyen de deux pinces à attirer l'utérus, le parenchyme pulmonaire est suturé à la plèvre, puis incisé au bistouri sans aucune hémorrhagie. Dans la profondeur de 2 à 3 centimètres, des hydatides de tout volume sortent de la poche qui présente le volume d'un œuf d'autruche. Nettoyage, puis marsupialisation de cette poche qui est garnie de gaze aseptique. Drainage de la cavité pleurale, fermeture du reste de la plaie. Les suites opératoires furent assez simples, une toux incessante due à la pénétration d'un fragment de gaze dans la bronche qui était assez volumineuse pour permettre à elle seule la respiration par le flanc quand le larynx était obstrué par des mucosités ou des débris d'hydatides. Au 20e jour, malgré un large drainage des phénomènes de rétention s'étant produit, on dut agrandir l'orifice et extraire trois volumineux fragments sphacélés de la poche et des parenchymes pulmonaires. Le 20 août, le malade sortait ayant une plaie d'environ 5 centimètres, son état général et son état local étaient parfaits. Au point de vue clinique, j'insiste sur la difficulté extrême du diagnostic entre un kyste du foie ouvert dans les bronches et un kyste du poumon. Je crois qu'en pareil cas, c'est vers le foie qu'il faut d'abord diriger l'opération, et l'*incision oblique thoraco-abdominale* sur le bord postérieur de la ligne axillaire me paraît remplir l'indication. Elle permet, en la prolongeant, d'attaquer la base du thorax. La question des *adhérences pleurales* dans les kystes hydatiques du poumon, si importante pour l'opérateur, est également bien difficile à préciser cliniquement. Si elles sont de règle dans les suppurations peu kystiques, elles marquent, contrairement à l'opinion de Haydl, dans les cas où le kyste n'est pas infecté. Il faut d'autant plus tenir compte de ce fait, que le cul-de-sac pleural repoussé par le néoplasme, peut dépasser notablement la douzième côte. La pneumotomie est la méthode de choix, elle donne plus de 90 p. 100 de guérison, alors que l'expectation médicale amène une mortalité de 64 p. 100 (Ileam), la chloroformisation sera préférée à l'éthérisation, le tamponnement de la cavité sera longtemps prolongé pour éviter toute hémorrhagie. La toux persistante et généralisée qui survient quelquefois après les pansements, est généralement due à la légère saillie du drain ou d'une mèche dans l'orifice bronchique. Enfin, le maintien d'un large orifice est d'autant plus nécessaire que la cavité se comble lentement, devient facilement anfractueuse et peut contenir ultérieurement des fragments sphacelés de la poche et du tissu pulmonaire avoisinant.

(A suivre). Lombard.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 novembre 1896. — PRÉSIDENCE DE M. CHARRIN.

M. LEMOINE (de Reims) communique le résultat de très intéressantes recherches qu'il a pu faire, avec l'aide de M. RÉMY, *sur l'étude des fossiles du terrain calcaire de Reims par la photographie avec l'aide des rayons Rœntgen.* Ces rayons traversant mal les phosphates, les os des fossiles se trouvent indiqués jusque dans les parties les plus tenues avec une grande finesse de détails; et M. Lemoine montre les photographies de plusieurs séries de reptiles, oiseaux, mammifères, dont l'étude analytique et la comparaison avec les espèces actuellement vivantes est rendue très aisée. Il s'agit, on le voit, de l'apparition d'un nouveau procédé et surtout d'une nouvelle méthode en géologie; et les clichés présentés par l'auteur montrent déjà quel est l'avenir très grand qui lui est réservé. C'est ainsi que la photographie de l'intérieur d'un crâne, par exemple, révèle les contours du cerveau depuis longtemps disparu, mais dont l'empreinte est restée.

MM. CHARRIN et APPERT ont constaté que le *sang des fœtus* de mères atteintes de fièvre typhoïde ne présentent pas les propriétés agglutinatives du bacille d'Eberth, dont M. Widal a fait récemment un si bon moyen de diagnostic.

M. DEBRAY adresse une note sur les *bactéries de la canne à sucre* que l'on a décrit récemment et qui, selon lui, ne sont que le résultat de méthodes défectueuses.

M. GIARD dépose une note de M. LOUIS LÉGER, sur une *gangrène particulière à l'Oursin,* dont la cause vit dans la cavité générale de l'animal et se trouve attaqué par les phagocytes qui déterminent par leur adhérence avec le parasite des figures caractéristiques et fort bizarres.

M. GLEY dépose une note de M. DIRY (de Nancy) sur une *bactérie chromogène* qui peut produire, suivant les circonstances, différentes couleurs et que l'auteur appelle un chromogène à tout faire.

M. DASTRE a présenté une note de M. FLORESCO sur le *pouvoir zymotique comparatif du pancréas* de divers animaux, au point de vue de la digestion de la gélatine.

M. DASTRE revient sur ses études des ferments solubles du sang et propose le nom de *thromboses* pour ces ferments, en mettant en relief l'importance que joue dans leur action la réaction du milieu dans lequel on les met à opérer. C'est ainsi que l'acide oxalique favorise, dans de très grandes proportions, la coagulation du sang par les thromboses.

M. BOURQUELOT fait remarquer que le nom de *plasmase* conviendrait mieux à ces produits dérivés de la *plasmine* de Denis (de Commercy).

M. RAMON présente un nouveau *milieu de culture* qui jouit de la propriété de virer au rouge sous l'action du bactérium coli et de lui seul.

M. GUYESSE présente une note sur le *muscle trachéal et les muscles de Reissessen.* Pour lui, cette nappe de fibres lisses constitue un tout indépendant des anneaux de la trachée et des bronches et ne peut leur être assimilé comme portion squelettique des voies aériennes.

M. BOURQUELOT a recherché l'action des *ferments de champignons* sur les phénols, et a constaté que ceux de ces corps qui fournissent des produits colorés sous l'influence des oxydants les fournissent également sous l'action des ferments. C'est ainsi qu'avec eux le sulfate d'aniline se transforme en noir d'aniline comme le fait a lieu dans l'industrie. On peut suivre sous le microscope ces réactions très curieuses et fort importantes dans l'histoire des propriétés des ferments. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Structure de l'exsudat fibrineux de la pleurésie aseptique.

M. CORNIL a étudié dans des pleurésies aseptiques expérimentales la structure des adhérences, soit entre le poumon et la plèvre pariétale, soit entre deux lobes du poumon. Ces adhérences se font par le même mécanisme que pour l'intestin : 1° membrane réticulée superficielle de fibrine ; 2° prolifération des cellules endothéliales qui pénètrent dans la fausse membrane ; 3° rencontre des cellules endothéliales des deux faces opposées ; 4° formation de cellules vasoformatrices et de vaisseaux très nombreux dès le onzième jour. Les mouvements amiboïdes des cellules endothéliales sont remarquables et contribuent à leur pénétration dans la fibrine. Des cellules analogues se voient au milieu de l'exsudat fibrineux, contenu dans les bronches et les alvéoles au cours de la pneumonie aseptique artificielle du chien.

Sur le diagnostic et le traitement des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde.

M. LEREBOULLET, à propos de la communication de M. DIEULAFOY, discute les symptômes fournis par la température, abaissement brusque dans la perforation intestinale, élévation dans l'appendicite et même dans la perforation appendiculaire. En réalité, la perforation s'accompagne presque toujours d'élévation de la température centrale. Les données fournies par la température axillaire sont à cet égard des plus trompeuses. Le pouls fournit peut-être des renseignements plus précis. Quand de relativement lent qu'il est dans la fièvre typhoïde, il devient serré, inégal, fréquent, on peut, si ces caractères se prolongent, diagnostiquer une perforation ou une hémorrhagie. La douleur, provoquée par la palpation de la région iléocæcale, le hoquet, l'augmentation du météorisme abdominal feront conclure à la perforation. En cas d'hypothermie, l'intervention chirurgicale aura, en raison du collapsus, bien peu de chances de succès. Le siège de la perforation est inconnu : les perforations sont souvent multiples et l'on pourra hésiter devant une opération forcément très longue chez un malade affaibli. Celle-ci aura d'autant plus de chances de réussir que l'état général du malade sera meilleur, et, à ce point de vue, l'hypothermie sera souvent une contre-indication. La laparotomie pourra, au contraire, être tentée dans les péritonites par perforation, où la température se maintient élevée, avec un pouls non déprimé et d'une fréquence moyenne. Elle s'imposera dans les perforations d'origine appendiculaire.

M. Ch. MONOD rapporte brièvement un fait intéressant qui vient à l'appui de l'opinion émise par M. Lereboullet. Il s'agit d'un homme atteint de fièvre typhoïde qui présenta brusquement une élévation de température, en même temps qu'une douleur abdominale, subite, intense. Douze heures après le début des accidents, M. Monod pratiqua la laparotomie : une perforation grosse comme une tête d'épingle laissait écouler des matières fécales. Le péritoine rouge, vascularisé, était déjà rempli de pus. On sutura l'intestin et ferma le ventre. La température baissa un peu, mais le malade tomba dans le collapsus et mourut la nuit suivante. La péritonite avait continué à évoluer, comme nous le montra l'autopsie. L'intervention, même rapide, ne suffit donc pas toujours à arrêter le processus péritonitique.

Pathogénie et traitement des impotences fonctionnelles (crampes des écrivains, pianistes, etc., et spasmes fonctionnels).

L'opinion générale considère ces affections comme des névroses, ayant une origine et des symptômes professionnels. M. R. VIGOUROUX ayant constaté, dans un certain nombre de cas, des altérations des nerfs et des muscles, a été conduit à reconnaître qu'il en est de même pour la généralité. Seulement ces altérations sont le plus souvent à peine perceptibles et le trouble fonctionnel qui en résulte ne peut être mis en évidence que par une épreuve délicate, comme l'exécution d'un acte compliqué.

Voici, en somme, l'enchaînement pathogénique : A. Maladie générale, dyscrasique, infectieuse ou toxique, déterminant : 1° une exagération de l'excitabilité réflexe ; 2° des lésions variées des nerfs, des muscles, des tissus

synovial et fibreux et des vaisseaux. B. Ces lésions produisent les troubles fonctionnels, soit directement, par exemple, en diminuant l'irrigation sanguine et par suite la sensibilité et la force des muscles, soit en provoquant un spasme réflexe. Une lésion musculaire, telle que l'atrophie, simple ou bien dégénérative, peut provoquer le spasme réflexe des muscles antagonistes ou associés, comme je l'ai vu le premier pour les spasmes du cou, ou bien encore le spasme du muscle lui-même. Il ne faut pas oublier la part considérable et méconnue du système musculaire dans les maladies générales et le rôle des myopathies dans une foule d'affections considérées comme purement nerveuses ; un signe nouveau, le *signe de l'angulaire*, permet de déceler un état anormal de la masse du système musculaire, tel qu'il existe dans la chorée, l'hystérie, le saturnisme, la paralysie agitante, la maladie de Basedow, etc. Les impotences fonctionnelles peuvent être divisées suivant le siège de leur lésion périphérique. Le traitement doit être dirigé : 1° contre la maladie générale ; il s'agit le plus souvent d'arthritisme, contre lequel on mettra en œuvre les moyens connus ; 2° contre les troubles fonctionnels et locaux. Le principal moyen, mais non le seul, est une gymnastique inventée il y a trente ans, par un spécialiste anglais, nommé Jackson, et pratiquée intensivement. M. R. Vigouroux compte déjà plus de 50 cas de guérison obtenus par cette méthode, chiffre très notable si l'on se rappelle que les auteurs sont unanimes à déclarer que les impotences fonctionnelles sont rebelles à tout traitement.

Transfusions capillaires dans la tuberculose.

M. le Dr Maurice Bloch. — Dans la communication que nous avons faite à l'Académie, au mois d'octobre 1895, sur le principe, le manuel opératoire, et les résultats initiaux de la transfusion du sang capillaire issu d'un congénère arthritique ou vigoureux dans la tuberculose acquise, nous annoncions que ce sang, à la dose de un demi à un centimètre cube, déterminait des réactions paraissant proportionnelles à l'intensité de l'infection. Nos recherches actuelles confirment cette opinion, et nous en concluons que le pronostic de la phtisie sera d'autant plus favorable que la réaction post-capillaire aura été nulle ou de peu d'intensité. Si on voulait, malgré la grande diversité des cas, procéder systématiquement, il y aurait lieu d'établir plusieurs types de réaction : 1° un type maxima, qui correspond à la période avancée de la maladie et où la transfusion capillaire est contre-indiquée, car elle provoque une réaction qui se confond avec la maladie et se prolonge jusqu'à la mort ; 2° un type mixte, qui correspond à la tuberculose dans sa pleine évolution, et dans lequel la réaction oscille entre dix jours et six semaines, il signifie que l'amélioration sera temporaire ; 3° enfin un type minima, le plus important de tous, car quinze observations nous ont appris qu'une réaction nulle ou presque nulle coïncidait avec des modifications durables. *Or, comme ce type de réaction ne se rencontre, la plupart du temps, qu'au début de la phtisie, il y a tout intérêt à n'employer notre procédé qu'à la période initiale, avant la fonte des tubercules.*

Ajoutons, pour compléter ce que nous savons actuellement de nos recherches, que la transfusion capillaire congénérique ne modifie pas la vitalité du bacille, qu'elle diminue, dès les premiers jours, l'étendue de la zone congestive périarticulaire et que les manifestations réactionnaires qu'elle suscite sont identiques aux troubles qu'on rencontre communément dans la tuberculose chronique.

Lecture de rapports.

La séance se termine par une série de rapports sur les prix : 1° Rapport de M. Ferrand, sur le prix Faivre ; 2° Rapport de M. Robin, sur le prix Orfila ; 3° Rapport de M. Motet, sur le prix Falret.

Séance du 10 novembre. — Présidence de M. Hervieux.

L'analgésie.

M. Moncorvo a essayé avec un certain succès ce médicament nouveau dans la fièvre intermittente chez l'enfant. L'absorption par la voie gastrique est facile. Les doses de 0 gr. 25 à 3 grammes ont été bien supportées. Souvent les urines diminuent et deviennent rouges, mais sans albumine ni glycosurie. L'analgésie semble donc pouvoir être un utile adjuvant de la quinine.

Saponification des graisses dans le tube digestif.

M. Hanriot montre que dans le sérum du sang, le pancréas et le foie, il existe un ferment saponificateur qui dissout les graisses et les transforme en acides gras. Cette action varie avec les animaux en expérience et probablement aussi avec les états pathologiques.

M. Gautier montre l'importance de ces recherches pour comprendre l'élimination des corps gras. Les acides gras se combinant à la soude passent successivement à l'état de stéarate, oléate, butyrate, acétate, carbonate de soude, qui passe dans le sang, tandis que les produits d'oxydation sont éliminés par le rein.

Péri-arthrite coxo-fémorale (ostéite épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur) simulant la coxalgie.

M. Duplay lit un rapport sur une intéressante observation due au Dr Crivelli (de Melbourne). Cette observation rentre donc dans les pseudo-coxalgies. Sans parler des coxalgies nerveuses ou hystériques, il existe, en effet, toute une série d'affections péri-articulaires de la hanche, avec intégrité de la jointure, qui donnent lieu à un ensemble de symptômes simulant d'une façon plus ou moins parfaite la coxalgie. Ces péri-arthrites de la hanche affectent soit les parties molles et plus particulièrement les bourses séreuses de la région, soit le squelette et principalement le grand trochanter. C'est principalement par l'étude très attentive des divers symptômes objectifs, fournis par l'exploration directe de l'articulation et de l'extrémité supérieure du fémur, que l'on parviendra à reconnaître que la jointure est indemne. Le siège du gonflement et surtout la localisation de la douleur à la pression offrent à ce point de vue une importance capitale.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 30 octobre 1896. — Présidence de M. d'Heilly.

Epitaxis à répétitions.

M. Lermoyez, à propos de l'observation communiquée par M. Rendu à la dernière séance, rappelle que la presque totalité des épitaxis à répétitions est due à des érosions variqueuses de la cloison. Les troubles circulatoires qui dérivent de troubles généraux peuvent, par l'augmentation de la tension sanguine, avoir une action sur l'apparition de l'hémorrhagie nasale ; mais le seul traitement efficace est le traitement local, fort simple d'ailleurs, qui consiste à cautériser légèrement l'érosion avec un crayon au nitrate d'argent.

Péritonite par perforation de la vésicule biliaire.

M. Siredey rapporte l'observation d'une femme de 35 ans, qui présentait depuis trois jours des signes de péritonite par perforation. Croyant à une appendicite, il fit appeler un chirurgien, et elle fut opérée presqu'aussitôt par M. Faure. L'appendice était sain ; on ne trouva rien dans la fosse iliaque droite. Pour faire une exploration plus complète de l'abdomen, M. Faure fit une incision dans le voisinage de l'ombilic. Il donna issue du côté du foie à du liquide puriforme, des fausses membranes, et enfin à un flot de bile pure provenant de la vésicule biliaire perforée. Des lavages suivis d'un tamponnement antiseptique furent pratiqués. Malgré la complexité de l'opération, la malade, qui était enceinte de trois mois et demi, guérit sans fausse couche. Il est difficile de connaître la cause de la perforation biliaire. La malade avait eu quelques coliques, peut-être hépatiques, il y a plusieurs mois, et avait été, en outre, atteinte, il y a deux ans, de la fièvre typhoïde.

Sténose du pylore. Gastro-entérostomie.

M. Hayem fit opérer un de ses malades atteint d'ulcère avec

sténose du pylore par M. Tuffier, qui pratiqua la gastro-entérostomie postérieure. Le malade guérit de l'opération. Son état s'améliora considérablement; mais depuis quelques temps, la dilatation de l'estomac paraît se reproduire. M. Hayem a fait l'examen chimique du liquide stomacal et a constaté une hyperpepsie notable. Il se demande si une nouvelle sténose n'est pas en voie de s'effectuer. J. Noir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 octobre 1896. — Présidence de M. Ch. Monod.

Résection rectale par la voie sacro-iliaque.

M. J. Bœckel envoie un travail sur la *résection du rectum par la voie sacro-iliaque* dans les cas de néoplasme haut situé. Il faut intervenir d'abord par la voie sacrée, puis par la voie abdominale. Il a pratiqué cette opération chez une religieuse qui a parfaitement guéri après ablation de 25 centimètres de rectum. Cette méthode a été proposée par Gauthier (de Lille), et exécutée par Chalot et Gauthier. Mais la malade seule de M. Bœckel a supporté l'opération.

M. Quénu insiste sur l'intérêt de cette observation. La voie sacrée, combinée à la voie iliaque, est certainement un excellent procédé.

Complications intra-craniennes des otites.

M. A. Broca. — Lorsqu'une otite mal soignée passe à la chronicité, il est très fréquent qu'elle conduise son porteur à la mort par une complication intra-cranienne : méningite aiguë, thrombose des sinus, abcès entre l'os et la dure-mère, abcès encéphalique, cérébral ou cérébelleux. Souvent, à l'autopsie, plusieurs de ces lésions coexistent, constituant un ensemble au-dessous des ressources de l'art, et de cette association résultent en outre, de grandes difficultés cliniques. Mais au début, la complexité est moindre : le diagnostic de la lésion isolée ou prédominante est souvent possible, et parmi ces lésions, quelques-unes sont chirurgicalement curables. Contre la méningite aiguë, diffuse, suppurée, nous sommes impuissants : et cependant dans quatre cas, — dont deux sont déjà publiés, — je suis intervenu. C'est que, dans ces cas, la certitude du diagnostic n'est pas absolue et la confusion est possible avec diverses lésions curables. A plusieurs reprises, j'ai publié des faits de « méningisme » ou de « méningites incomplètes » guéris par la trépanation de l'oreille ; il existe, en outre, des méningites circonscrites qui font transaction aux abcès encéphaliques, enfin dans la thrombose, lorsqu'il n'y a pas de gonflement cervical, la ressemblance est grande avec une méningite. Aussi, dans ces conditions, j'ai coutume d'opérer et de me laisser conduire, en évidant l'os malade, jusqu'au sinus, jusqu'au cerveau. Et c'est pour cela que je soutiens la nécessité d'adopter un nouveau procédé permettant d'agir, en un seul temps au besoin, à la fois sur l'oreille, le sinus, le cerveau et le cervelet. Cette opinion, dont je ne suis pas l'inventeur, gagne du terrain, mais elle a encore des opposants. Je commence par émettre un aphorisme *absolu :* en cas d'otite moyenne suppurée avec accidents cérébraux, on doit d'abord trépaner l'apophyse et la caisse. Dès lors, la question se pose de la manière suivante : faut-il, pour aller à l'intérieur du crâne, utiliser cette brèche ou en ouvrir une seconde, indépendante et plus ou moins éloignée. Pour les *abcès extra-duraux*, il n'y a aucune discussion : c'est autour des cavités de l'oreille qu'on les trouve. A plusieurs reprises, après avoir vidé l'os carié, je suis arrivé à la dure-mère, baignant dans le pus ; mais une seule fois, chez une fille de huit ans, j'ai évacué un véritable abcès volumineux. Avec ce décollement ou cet abcès, coïncident souvent la phlébite, l'abcès cérébral ou cérébelleux : dès lors, dans ces cas, l'opération mastoïdienne devra, de toute nécessité, avoir été poussée jusqu'à l'intérieur du crâne. Pour la thrombose, malgré quelques procédés spéciaux que l'on a cru bon d'inventer, on n'a pas besoin de prouver qu'il est inutile d'ouvrir la boîte cranienne en un second point : pour atteindre le sinus, l'autre mastoïdien est le meilleur repère. J'ai opéré cinq sujets pour cette lésion, quatre fois en liant la jugulaire au cou ; un de ces derniers cas a été suivi de succès ; dans celui où je n'ai pas touché à la jugulaire, l'enfant a succombé au neuvième jour à un pyo-pneumothorax par ouverture, dans la plèvre, d'un foyer de gangrène pulmonaire. C'est de la rapidité du diagnostic et du traitement avant tout que dépend ici le succès. C'est pour les abcès cérébraux et cérébelleux que commence le désaccord sur le meilleur manuel opératoire. Les procédés préconisés présentent des écarts extraordinaires et même MM. Picqué et Février, partisans en principe de la voie mastoïdienne, ne me concèdent pas l'inutilité d'une trépanation sus-auriculaire indépendante. Il est bien prouvé aujourd'hui que les *abcès cérébraux* sont presque toujours temporaux et reposent directement sur le plafond de l aditus. Il est évidemment raisonnable d'aller les chercher en partant du foyer osseux qui les a causés et qu'ils avoisinent ; le mieux est pour cela de défoncer le plafond de l'aditus, ce qui est très facile si à la trépanation de l'apophyse on a joint celle de la caisse. Les abcès cérébelleux, eux aussi, ont coutume d'être à proximité du rocher, et on les atteints en trépanant en avant et en dedans du coude du sinus. Il est donc facile, après exploration du cerveau, d'explorer le cervelet : cela est important, car le siège de l'abcès encéphalique ne peut souvent pas être précisé. Chez le premier sujet atteint d'abcès cérébral que j'ai eu à soigner, je n'ai pas porté le diagnostic, et c'est à l'autopsie que je me suis convaincu combien la voie mastoïdienne eût été chez lui opératoirement parfaite, (Obs. XXIII de mon *Traité de Chirurgie cérébrale*). Depuis, j'ai traité une fillette avec succès ; c'est celle dont je viens de publier l'observation au Congrès de Chirurgie.

M. le Dr Dubourg envoie un travail sur l'*emploi du tube de caoutchouc pour les anastomoses intestinales et gastro-intestinales.*

M. Nélaton présente un malade atteint de *polype naso-pharyngien traité par la méthode lente* : incision du voile du palais et brèche laissée ouverte. Récidive. Emploi de l'acide chromique. Affaissement de la tumeur.

M. Quénu s'est trouvé très bien de la double ligature préventive de la carotide externe dans les cas de ce genre.

M. Chaput présente du *catgut stérilisé par un procédé nouveau* par M. Richer. Il s'agit de catgut stérilisé dans l'huile à 120° à l'autoclave.

M. Legueu présente une *synoviale du genou atteinte de lipome arborescent des articulations.*

M. Th. Anger présente une malade atteinte de *cataracte simple*, et opérée avec *lavage de la chambre antérieure.* Il a imaginé pour cela une petite seringue à canule tordue et à bec évasé.

M. Delens emploie aussi cette manœuvre ; mais les résultats ne sont pas toujours satisfaisants.

M. Terrier a abandonné le lavage de la chambre antérieure ; c'est un moyen d'infecter la plaie, et l'eau distillée pure ne vaut pas le sérum artificiel.

M. Brun critique aussi le lavage.

M. Kirmisson est du même avis ; il n'emploie pas ce lavage.

M. Anger vante à nouveau son procédé.

M. Tuffier présente un *anévrysme de la poplité extirpé chez un syphilitique.* Marcel Baudouin.

Ordre du jour de la séance du 4 novembre 1896.

I. — Discussion de la communication de M. Broca sur les *complications des otites.*

II. — Rapports : 1° *hernie du cæcum* ; par M. Courtain (rapport par M. Reynier) ; 2° sur *deux cas de gastro-entérostomie*, par M. Barette (rapport par M. Chaput) ; 3° communication sur un *ostéome du maxillaire inférieur* ; par M. Lejars.

Ordre du jour de la séance du 11 novembre 1896.

Suite de la discussion sur le *traitement chirurgical du prolapsus rectal* (MM. Bazy, J. Marchant, Félizet).

Rapport : *Hernie du cæcum* ; par M. Courtin. Rapport par M. Reynier.

Communications : I. *Sur un ostéome du maxillaire inférieur*; par M. Lejars. — II. *De l'intervention chirurgicale dans les perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde* ; par M. Monod. M. B.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 28 octobre 1896. — PRÉSIDENCE DE M. VEBER.

Effets de la tuberculine dans un cas de méningite tuberculeuse.

M. G. MAURANGE. — Il s'agit d'un jeune homme de 32 ans, qui, en juin 1894, commença à tousser et à maigrir et qui, après une saison infructueuse à la campagne, vint nous consulter au mois de décembre de la même année. A ce moment (4 décembre) il présentait des signes non douteux de tuberculose pulmonaire, particulièrement à gauche où l'on trouvait sous la clavicule, sous le mamelon et en arrière dans la fosse sus-épineuse de nombreux craquements en même temps que de l'expiration rude et prolongée. L'expectoration, modérée, était riche en bacilles. Il y avait des sueurs nocturnes, de l'inappétence et le soir une légère poussée fébrile qui ne dépassait pas 37°8 à 38°5. Traité par des injections sous-cutanées de gaïacol, des pointes de feu, un régime tonique, le malade arriva sans grande amélioration au mois de janvier 1895. Le 31 janvier, il fut pris d'accidents aigus de pneumothorax, puis de pypneumothorax qui nécessitèrent d'abord une ponction puis l'empyème avec l'aide de nos confrères, les Drs P. Langlois et Maubrac. A la suite de l'opération, de la cure d'air et de l'administration de gaïacol, le malade s'améliora d'une façon inespérée, en février 1896; il avait engraissé en 1 an de 13 kilos, avait repris toutes ses occupations, ne toussait plus et pouvait se considérer comme guéri. Le 1er octobre 1890, il fut soudain pris de violentes douleurs de tête qui persistèrent les 2, 3 et 4 octobre, sans qu'aucun des médicaments usités en pareil cas amenât de soulagement. En même temps se développaient des troubles digestifs caractérisés par la perte de l'appétit, la constipation, un état saburral de la langue. Le sommeil ne tarda pas à disparaître et le 5 octobre la température axillaire s'élevait le soir à 38°5. Les 6, 7 et 8, la céphalalgie s'aggrave, la malade a de la photophobie, du ptosis plus marqué à gauche : le pouls, qui jusque-là était resté aux environs de 80 et 90 pulsations, descend à 64, puis à 60. Le diagnostic de méningite fut dès lors posé et la maladie suivit un cours rapide et régulier. Le 10 octobre, on nota un délire assez violent, du nystagnus, du mâchonnement, des soubresauts brusques dans les membres, de la raideur musculaire, la disparition des réflexes, de la perte de la conscience, avec une température ne dépassant pas 38°6. Le 12 octobre, le délire diminue de violence; le malade tombe dans la torpeur, n'ouvre plus les yeux; l'irrégularité du pouls s'accentue, la sécrétion urinaire diminue, la respiration à type Cheyne-Stokes apparaît. Dans la soirée du 13, le facies est grippé, la commissure labiale gauche déviée. Dans la nuit du 13 au 14, le malade a du relâchement des sphincters, et tombe dans le coma le plus complet. Il n'a ni pris une goutte de liquide, ni poussé un gémissement depuis 20 heures. Ses parents réunis autour de lui attendent son dernier soupir. C'est dans ces conditions qu'après avoir fait jusque-là un traitement purement symptomatique, nous nous décidons à tenter d'agir sur l'agent morbide lui-même. Supposant d'abord que la suppuration prolongée qu'avait présentée notre malade pouvait figurer à un titre quelconque comme cause occasionnelle dans le développement de sa méningite, nous lui pratiquâmes une injection de 10 centim. cubes de sérum antistreptococcique. Cette injection n'amena aucune amélioration dans l'état de notre malade et ne se traduisit que par une sécrétion nasale très abondante qui inonda le traversin. Nous eûmes alors la pensée de lui injecter une dose minime de tuberculine pour agir directement sur la lésion elle-même. Le 15 octobre, à 9 heures du matin, on fit dans la peau du flanc droit, avec les plus grandes précautions d'asepsie, une injection d'un centim. cube d'une solution contenant une goutte, soit 1/30 de centim. cube de tuberculine humaine, dans 10 cc. d'eau bouillie. La dose injectée peut donc être évaluée à 1/300 de centim. cube de tuberculine diluée dans 300 fois son poids d'eau stérilisée. La température était à ce moment à 38°2. Trois heures après, à midi, le malade commença à avoir quelques mouvements spontanés; à 1 heure, il put boire quelques gouttes de liquide; à 2 heure 1/2 il commençait à parler; à 3 heures, il paraissait avoir recouvré toute sa raison. Il demanda depuis combien il était malade et réclama à boire. L'amélioration s'accentua dans la soirée ; en même temps le thermomètre s'élevait, le pouls passait de 60 à 100 pulsations. La réaction fébrile s'annonçait. Elle atteignit son maximum à 3 h. du matin, avec 39°8. Pendant ce temps, tous les phénomènes paralytiques, la déviation de la langue et de la face, l'inégalité pupillaire, le ptosis avaient disparu. La continence des sphincters s'était rétablie au point qu'un lavement purgatif administré fut toléré près d'une heure et expulsé avec une quantité considérable de matières sur le bassin réclamé à propos pour le malade. En outre, il y eut 3 mictions volontaires qui donnèrent plus d'un litre d'une d'une urine concentrée et fortement colorée. Le 16, à 8 heures du matin, lorsque nous vîmes le malade, il y avait dans son facies une telle transformation qu'il paraissait devoir guérir. La température était à 38°3, le pouls à 100, la prononciation était nette, la parole claire et nous pûmes avoir une conversation d'un quart d'heure, sans qu'il manifestât de fatigue. Il se plaignait seulement de douleurs assez vives dans les jointures et les membres inférieurs. A l'auscultation on ne constatait *aucun phénomène pulmonaire*, et il en devait être ainsi jusqu'à sa mort. La cicatrice de la fistule thoracique elle-même ne présenta à aucun moment de transformation dans son aspect. La journée se passa assez bien jusque vers 3 heures de l'après-midi où, tout à coup, éclata une fièvre intense qui fit monter le thermomètre à 40° en moins d'une heure. En même temps apparaissait sur la fesse gauche une tuméfaction dure, rouge et chaude de la largeur de deux mains. Il y avait là un foyer bacillaire latent et réveillé par l'action de la tuberculine. A partir de ce moment, la température continua à monter jusqu'à 40°2, le pouls devint rapidement incomptable et le malade succomba le lendemain 17 octobre, à 11 heures du matin, ayant gardé sa conscience et la liberté de ses mouvements jusqu'à 5 heures. La méningite tuberculeuse étant une maladie qui, avec les ressources actuelles de la thérapeutique, ne guérit point — et je n'en excepte pas la ponction lombaire qui semble cependant avoir à son actif un succès au milieu de combien d'insuccès ! — il y aurait tout avantage, en attendant la découverte d'un sérum préventif et curateur, à poursuivre les essais de traitement par la tuberculine. Pour notre part, devant le résultat obtenu, nous n'hésiterons pas à soumettre à l'injection toute méningite tuberculeuse confirmée, mais nous aurons recours à des doses encore plus faibles. Nous commencerions par une dose cent fois moindre, quitte à la répéter et à l'augmenter dans le cas où la réaction nous paraîtrait insuffisante. Il n'est pas impossible d'admettre que la régression de la lésion puisse se produire, à l'abri de tout agent de contamination extérieure, mieux encore que dans les cas favorables de tuberculoses cutanées ou viscérales non pulmonaires connus dans la littérature médicale.

L'extrait de Chélidoine dans le traitement du cancer.

M. ROBINSON (de Constantinople) adresse à la Société un travail sur l'emploi de la chélidoine contre le cancer. Il cite le cas d'une malade atteinte d'une tumeur cancéreuse inopérable du maxillaire supérieur. Il lui fit une injection d'extrait de chélidoine, lui fit prendre le même extrait en potion et badigeonna la tumeur. Une réaction fébrile s'en suivit, et une amélioration se produisit. Il continua l'administration du remède mais ne put suivre la malade.

La formule qui servait aux injections hypodermiques était la suivante :

Extrait de chélidoine . . |
Glycérine . . . . . . | *ââ* parties égales.
Eau distillée. . . . . . |

La réaction produite par l'injection d'un centimètre cube de cette solution avait une certaine analogie avec celle provoqué par les injections de tuberculine.

Tubage et trachéotomie.

M. POULET communique une observation de croup où il ne put pratiquer le tubage sans provoquer des crises de suffocations très graves, qui necessitèrent la suspension du malade par les pieds et la trachéotomie immédiate. J. NOIR.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 5 *novembre* 1896.— PRÉSIDENCE DE M. A. LEFÈVRE.

M. ZABOROWSKI montre d'intéressantes *photographies de caveux.* On dénomme ainsi dans le département de l'Eure des individus qui quittent la ville pour se réfugier dans des caves creusées dans le calcaire. Ils sont d'une misère sordide, et ne font rien pour en sortir. Les habitants du pays reconnaissent bien vite un caveux au teint et à l'aspect. Si le caveux est le résultat de la misère, il y a aussi un facteur psychique important.

M. le Dr Adolphe BLOCH étudie la *mort naturelle du vieillard à Paris.* Tous les vieillards ne meurent pas de maladie; mais il y a un certain nombre qui s'éteignent, à une époque variable, par simple *épuisement de la vie*, sans lésion particulière, car les altérations organiques, spéciales à la vieillesse normale, comme la sclérose des petites artères ne sont pas suffisantes pour expliquer la mort. Les décès des vieillards, chez lesquels on ne peut découvrir aucune maladie déterminée, sont inscrits dans les statistiques sous le nom de *débilité sénile*; mais celle-ci est encore appelée *épuisement sénile*, *cachexie sénile*, ou plus simplement *sénilité.* Elle représente un ensemble de symptômes particuliers, qui annonce l'approche de la fin chez le vieillard que la maladie n'a pu atteindre. Le terme ordinaire de la vieillesse normale, c'est-à-dire le *maximum de fréquence* des décès, a lieu entre 80 et 85 ans à Paris, suivant les statistiques; mais le terme moyen n'est que de 80 ans environ. Cette mort naturelle par *sénilité* n'est décrite nulle part. D'après nos observations personnelles, deux symptômes invariables caractérisent l'apparition de la *sénilité.* Ce sont : 1° *une faiblesse générale*, qui survient sans cause appréciable; 2° l'*anorexie.* Rien ne pouvant faire revenir l'appétit ni ramener les forces antérieures, l'affaiblissement du vieillard va sans cesse en augmentant, et cet état de dépérissement progressif, auquel viennent s'ajouter ultérieurement d'autres symptômes causés par l'adynamie du cerveau, du cœur, etc , peut ainsi durer plusieurs semaines, jusqu'à ce que la mort s'ensuive.

M. le Dr Adolphe BLOCH présente quatre *photoraphgies provenant de Saïgon.* Sur l'une d'elles on voit la main d'une annamite de distinction, qui a laissé pousser ses ongles à tous les doigts, excepté à l'indicateur, en sorte qu'ils sont devenus d'une longueur qui dépasse de beaucoup celle des doigts. Mais ce que l'auteur veut faire remarquer, c'est qu'il ne s'agit pas, dans ce cas, d'une anomalie ni d'un ongle pathologique. C'est un caractère de race que beaucoup d'autres races ne pourraient acquérir à leur volonté. Ainsi chez les Européens la croissance des ongles semble être très limitée, et rarement un ongle dépasse de deux à trois centimètres l'extrémité du doigt. Chez les Annamites on a vu paraît-il, des ongles qui avaient jusqu'à quarante ou quarante-cinq centimètres de longueur. Ces appendices sont souvent enroulés en spirale comme les cornes des ruminants. Les trois autres photographies sont les portraits en pieds de trois jeunes filles de dix-huit ans. On y remarque de très belles formes. Les poils d'après les renseignements qui ont été donnés, existent au pubis et aux aiselles, mais ils sont clairsemés et poussent très tard en général; à dix-sept ans, une jeune fille annamite en est souvent dépourvu. Sur l'un des sujets, l'on constate que le deuxième orteil est plus long que le gros orteil. C'est un caractère normal qui d'après le Dr Maurel se rencontrerait trente fois sur cent chez les Annamites, et deux fois seulement chez les Français.

Félix REGNAULT.

LES ODEURS DE PARIS. — M. Pinet a apporté au Conseil général les plaintes d'un grand nombre de communes de la région située à l'est de Paris. Les émanations provenant du dépotoir de la forêt de Bondy rendent inhabitable cette partie du département de la Seine autrefois si fréquentée par les Parisiens. En leur nom, il a demandé que ces établissements soient tenus d'employer tels systèmes ou appareils necessaires pour assurer la désinfection des matières. Le préfet de la Seine a dit qu'il a demandé aux chefs de service intéressés de lui faire un rapport sur cette question qui intéresse la population du département tout entier et de lui indiquer les mesures qu il y aurait lieu d'adopter pour faire cesser un pareil état de choses.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Discours prononcés à la Distribution des Prix à l'Ecole municipale d'Infirmières de la Salpêtrière (*suite*) (1).

Cette double statistique, au point de vue de l'enseignement professionnel et de l'enseignement primaire, résume en quelque sorte les résultats qui ont été réalisés, grâce au Conseil municipal, par la création des écoles professionnelles d'infirmiers et d'infirmières ; ils fournissent des arguments péremptoires pour répondre aux adversaires de la réforme de la laïcisation des établissements hospitaliers. Pour l'achever complètement et la rendre inébranlable, des efforts sont encore nécessaires de votre part et de la nôtre. C'est pourquoi nous croyons utile de revenir sur un certain nombre de conseils que nous vous avons déjà donnés, et de réclamer toujours et sans cesse des améliorations à l'Administration de l'assistance publique.

1° Vous devez faire toutes les *compositions sans exception*, même lorsque vous avez eu à la première composition les points exigés pour le diplôme. Vous devez prendre vos précautions dans le cours de l'année et ne plus compter que l'on vous fasse refaire des compositions. Lorsqu'une composition n'a pu être faite par l'un de vous pour un motif grave, c'est dès son retour à l'école qu'il devra demander à faire la composition qui lui manque. Les compositions complémentaires, que nous avons faites jusqu'ici au moment des examens, augmentent trop la besogne de vos professeurs pour que nous puissons à l'avenir leur demander de nouveaux sacrifices. Aussi, l'an prochain n'aurez-vous de *compositions complémentaires* que dans le cours de l'année et pour des absences motivées, maladies, service militaire, etc., etc.

2° Vous devez veiller d'une façon scrupuleuse à la *propreté* de vos dortoirs ou de vos chambres, à votre hygiène personnelle. Dans tous les hôpitaux, la *revaccination* devrait être faite d'une façon régulière, conformément à une sage circulaire de M. PEYRON. Enfin, vos directeurs devraient vous autoriser à prendre des *bains*, au moins une fois par semaine.

3° Nous conseillons aux diplômés de relire plusieurs fois tous les ans leurs *Cahiers de dictées professionnelles* et leur *Manuel* qui ne devrait leur être repris que dans le cas où ils quittent l'Administration.

4° Ne perdez jamais de vue le rôle que vous avez à remplir dans vos services : vous êtes les auxiliaires des médecins, vous devez exécuter ponctuellement leurs prescriptions; jamais vous ne devez les modifier, ni changer les pansements, comme nous l'avons vu faire tant de fois par les religieuses. L'instruction professionnelle que vous recevez dans les écoles n'a pas d'autre but. Quelque profit que vous en tiriez, vous n'êtes pas en mesure de vous immiscer dans le traitement des malades : ce serait dangereux pour eux, engagerait votre responsabilité et vous exposerait à des poursuites. N'imitez pas ce *secouriste* dont on nous parlait dernièrement qui, dans un restaurant, faisait montre de son prétendu savoir, et annonçait que dans son pays, où il devait prochainement retourner, il ferait concurrence au médecin.

Après avoir énuméré sommairement quelques-unes des questions sur lesquelles nous nous sommes appesanti, soit dans les autres écoles, soit les années précédentes, nous insisterons seulement sur quelques points.

1° Le *changement de service* ou le *roulement* devrait s'opérer au cours de l'année dans les quatre hôpitaux-écoles; en d'autres termes, les *élèves* infirmiers et infirmières devraient passer à tour de role dans tous les services : médecine, chirurgie, etc.

2° Les *cours* étant ouverts à *tout le monde* et durant *toute l'année* il est nécessaire que les employés des bureaux de la direction des établissements-écoles délivrent des cartes d'admission à tous les moments de l'année scolaire.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 12.

3° Il conviendrait de faire compter pour votre *mise au repos* les années de service passées dans les asiles d'aliénés et les autres établissements départementaux. Si, comme cela devrait être et a existé, les établissements hospitaliers, de toutes catégories, étaient sous la même direction, c'est-à-dire, s'il n'y avait à Paris qu'UNE *Assistance publique*, la question ne serait même pas posée.

4° Nous demandons de nouveau que les *récompenses* accordées au personnel secondaire par l'Administration et par le Ministre de l'Intérieur soient décernées à la solennité annuelle de la Salpêtrière et consignées dans le *Palmarès* qui deviendrait ainsi le *Livre d'or* du personnel secondaire.

Depuis 20 ans environ, en des circonstances très diverses, nous nous sommes préoccupé de la situation de vos *habitations*. Jamais nous n'avons perdu cette question de vue. L'an dernier encore, à la Pitié, nous avons indiqué les dangers auxquels vous exposait leur insalubrité. Cette année, nous y sommes revenu à la distribution des prix dans chacune des quatre écoles. Ce que nous avons vu dans la plupart des autres hôpitaux n'est guère moins défectueux que ce qui existe à Bicêtre, à Lariboisière, à la Pitié et à la Salpêtrière.

Les dangers de cette situation ont attiré l'attention et il y a un an nous vous avons cité l'opinion de M. le professeur Terrier, chirurgien de l'Hôpital Bichat, conforme à la nôtre. La discussion qui s'est produite au commencement de cette année à l'Académie de médecine au sujet de l'origine hospitalière de la phthisie pulmonaire a contribué également à mettre en évidence les défectuosités de l'hygiène hospitalière et des graves inconvénients de l'encombrement. Une commission a été nommée par le Conseil municipal et par M. Peyron pour faire une enquête et indiquer les mesures à prendre. Une sous-commission, croyons-nous, s'est occupée en particulier de la situation de vos habitations. Vous vous souvenez que nous avons toujours réclamé pour le personnel secondaire, l'habitation en dehors des salles, dans des chambres particulières ayant un cube d'air suffisant, meublées convenablement, pourvues d'un lavabo, avec des cabinets d'aisance à proximité et installés conformément aux prescriptions de l'hygiène. Nous avons été assez heureux pour faire réaliser ce programme, sinon d'une façon complète, au moins en partie dans notre section de Bicêtre où chaque infirmier et chaque infirmière a sa chambre et dans les pavillons spéciaux affectés au personnel secondaire de l'Asile de Villejuif. C'est sur nos instances aussi, qu'ont été installés, malgré la résistance de l'Administration de cette époque, à défaut de chambres, des boxes pour chaque infirmière, dans le pavillon Moiana à l'hôpital Saint-Antoine. C'est également ce que l'Administration a fait il y a quelque temps à l'hôpital Cochin. Les infirmières ont été installées dans un pavillon neuf où elles ont un cube d'air de 25 mètres. Le dortoir a été séparé par des cloisons en boxes constituant à chacune d'elles une sorte de chambre. Il a été établi à l'extrémité du dortoir, un lavabo, des bidets, des cabinets d'aisances. En ce qui concerne les sous-employées les installations qu'on prépare pour elles paraissent devoir être bien aménagées (1).

Dans les constructions nouvelles, l'Administration est décidée à vous donner des *habitations particulières*. Toutefois, il semble encore y avoir des restrictions, car à la nouvelle Maternité de l'hôpital Beaujon, nous avons vu des chambres à deux lits.

A notre avis, l'Administration devrait se décider nettement pour la création de *chambres individuelles* où vous soyez bien chez vous, où vous puissiez reposer tranquillement et vous donner tous les soins qu'exige votre hygiène personnelle. La promiscuité des dortoirs sordides que nous avons décrits est l'une des causes qui font abandonner les hôpitaux par de bonnes hospitalières et qui s'opposent à l'entrée dans le personnel des hôpitaux de femmes qui seraient heureuses de se consacrer au service des malades et des malheureux.

6° Il est encore une question que nous devons aborder de nouveau, ou plutôt un vœu que nous devons renouveler. Les *Écoles professionnelles d'infirmiers et d'infirmières* sont des *institutions* tout à fait *municipales* puisqu'elles ont été créées par le Conseil municipal et sont entretenues par lui.

En les créant, il reconnaissait la nécessité de donner au personnel secondaire, une instruction théorique et pratique qui leur faisait défaut. Aujourd'hui, dans les hôpitaux, nous vous le disions tout à l'heure, la première condition qu'exige M. Peyron pour accorder de l'avancement, c'est l'obtention du diplôme. Si tous les établissements de bienfaisance étaient réunis sous sa direction, il exigerait partout la même preuve de savoir professionnel. Or, le Conseil municipal a toute autorité sur les établissements de bienfaisance qui sont en dehors de l'Administration, dite générale, de l'Assistance publique. Nous lui demandons donc d'inviter la Direction des affaires municipales et la Préfecture de Police à recruter le personnel qui leur est nécessaire parmi les infirmiers et les infirmières diplômés de ses écoles et de réclamer pour ceux et celles qui sont déjà en fonctions, la fréquentation des cours professionnels. Il devrait en être ainsi dans les Maisons de secours, dans les Dispensaires municipaux et nous ajouterions volontiers, dans les établissemenst d'assistance subventionnés par le Conseil. On doit, paraît-il, créer prochainement de *nouvelles ambulances urbaines* et peut-être des *postes de prompts secours*. On s'est décidé, nous a-t-on dit, à prendre des hommes. Eh bien, nous demandons à M. Peyron de bien vouloir intervenir énergiquement pour que les futurs postes d'ambulanciers soient attribués à des sous-employés et à des infirmiers diplômés.

Bien que nous ayons déjà retenu trop longtemps votre attention, nous ne croyons pas devoir terminer sans vous dire quelques mots de la *laïcisation*.

Le Conseil municipal a renouvelé encore une fois, au mois de décembre dernier, son vœu en faveur de la *laïcisation* de l'Hôtel-Dieu et de St-Louis, montrant par là qu'il ne perd pas de vue cette opération finale et qu'il persiste dans ses revendications.

L'administration de l'Assistance publique n'a effectué aucune laïcisation. Les maisons de secours de six bureaux de bienfaisance sont encore desservis par des congréganistes. Leur laïcisation a soulevé des questions d'ordre juridique qui ne sont pas encore tranchées.

Les services hospitaliers dépendant de la Préfecture de Police n'ont pas subi de modifications en 1895 et en 1896.

Tous les établissements sanitaires et d'assistance qui relèvent de M. MENANT, directeur des affaires municipales, sont confiés à un personnel laïque : Refuges de nuit, Asile-ouvroir Pauline-Rolland, Asile Michelet pour femmes enceintes, Asile Ledru-Rollin, pour les femmes relevant de couches, Orphelinat d'Ormesson, près Enghien, Colonie agricole pour indigents à la Chalmelle, Ambulances urbaines, Étuves municipales, Piscines municipales.

Toutes les *crèches*, au nombre de 29, subventionnées par le Conseil municipal, ont un personnel exclusivement laïque.

Les deux hôpitaux inter-communaux qui ont été créés dans le département de la Seine sont laïques.

En province, aux hôpitaux ayant un personnel laïque que nous avons cités les années précédentes, nous ajouterons : 1° l'hôpital de Port-Sainte-Marie, près Agen ; — 2° l'hôpital de Damazan, aussi dans le Lot-et-Garonne ; — 3° l'hospice de Saint-Calais dans la Sarthe ; — 4° l'hôpital de Malaucène dans le Vaucluse. Enfin, un des anciens internes de la Salpêtrière, notre ami Th. RAYMOND, nous annonçait il y a quelques jours que la laïcisation des hôpitaux de

(1) 22 infirmiers de Cochin sont logés sous les combles du vieil hôpital, dans une pièce lambrissée ne donnant que 11 mètres cubes à chacun. Ils sont obligés de se rendre aux cabinets d'aisance des salles de malades.

Limoges était projetée et, pour y contribuer, il nous demandait des renseignements sur l'organisation des Écoles d'infirmières.

A l'étranger, nous devons citer la création à Montevideo d'une école d'infirmière. Elle est due à l'initiative et à l'énergie de l'un de nos anciens internes, le Dr Arrizabalaga qui a eu à lutter contre l'influence catholique, hostile en Uruguay comme en France, comme partout, à tout véritable progrès.

Les renseignements que nous donnons chaque année sur les hôpitaux français laïcisés montrent que, en dépit des obstacles, la laïcisation se développe. Assurément il existe d'autres établissements laïques. Le ministère de l'Intérieur pourrait aisément en fournir une statistique complète. C'est pour desservir les hôpitaux de province, surtout ceux des petites villes, que ce ministère devrait créer, sur le produit du pari mutuel, un certain nombre de *bourses* dans les écoles municipales.

Tous les *desiderata* que nous indiquons, toutes les réformes que nous réclamons n'ont d'autre but que l'intérêt des malades que nous voudrions voir de mieux en mieux soignés, — que votre intérêt aussi, désireux que nous sommes de vous mettre en état de bien résister aux influences morbides qui vous entourent, vous menacent sans cesse, et de faire de vous des hospitaliers et des hospitalières modèles. Nous avons, enfin en vue la bonne réputation de l'Administration hospitalière de Paris que nous voudrions voir à la hauteur de tous les progrès comme il convient à une administration républicaine.

Aidez-nous dans cette tâche, travaillez, soyez dévoués, faites tous votre devoir et dans la sphère modeste de vos fonctions vous contribuerez à la grandeur et à la défense de la République.

CHRONIQUE MÉDICALE

Les Médecins amants.

Dans une série de précédentes notices, j'ai vanté les talents des médecins poètes, variété qui diminue chaque jour en ce siècle pratique. Je voudrais aujourd'hui commencer deux autres séries, celles des *Médecins amants* et des *Médecins amoureux*, qui, dans l'histoire des lettres, ont laissé une traînée, sinon lumineuse ou profonde, du moins curieuse et vraiment intéressante. Aussi bien ai-je aujourd'hui sous la main un excellent type, encore vivant, sinon le plus célèbre, du moins le plus en vue en ces jours troublés, grâce aux remarquables publications, aux patientes recherches et au flair courageux de mon très érudit collègue, M. le Dr Cabanès, avec lequel plus d'une fois d'ailleurs j'ai eu maille à partir : je veux parler du Dr Pietro Pagello, dont le nom vient d'être porté aux quatre coins du monde littéraire par une presse aux abois de croustillants souvenirs et de voluptueuses sensations posthumes.

Chacun connaît l'aventure, fort bizarre de reste, et ces amours à trois! D'abord une femme de trente ans, follement ardente, pleine de vie, de sève et d'enthousiasme, jouissant enfin de la liberté péniblement acquise; une femme qui avait dans le ventre, — comme nous disons sans respect chez nous, — autre chose que des organes génitaux... *externes*, George Sand enfin, la plus étonnante peut-être des intelligences féminines de ce siècle.

Puis un bon jeune homme, de vingt-trois ans, un véritable poète, légèrement détraqué sans doute, et cela peut-être grâce à de copieuses libations, mais certainement un talent hors ligne, avec beaucoup de génie, Alfred de Musset. Enfin, notre héros, M. le Dr Pietro Pagello, dont nous avons à conter ici la biographie et les triomphes amoureux.

Son hérault (ce rapprochement n'est pas de moi), M. Cabanès, a pu conter en détails, grâce à son habile interview — idée qui couronnera sa renommée de journaliste expérimenté, — les origines et les péripéties de sa liaison avec George Sand et de ses rapports avec A. de Musset. Nous les résumerons. G. Sand et Musset s'en venaient en Italie pour filer le parfait amour, et entasser, à eux deux,... tout au moins des Pelion de vers sur des Ossa de copie pour la *Revue des Deux-Mondes*, lorsque la romancière tomba subitement malade, le jour même de l'arrivée à Gênes. Elle y fut frappée de dysenterie. Peu de temps après, à Venise, le poète fut atteint à son tour d'une fièvre typhoïde (1), qui fut certainement grave, car il y eut d'inquiétants phénomènes cérébraux (ce qui n'a rien d'étonnant chez Musset). Pagello a prétendu qu'il s'agissait seulement d'une *typhoïdette*; mais il s'est contredit lui-même, en avançant ailleurs que la maladie avait été des plus sérieuses. On était en février 1834.

Pour soigner Musset, on envoya chercher le médecin attitré de l'hôtel sans doute, un praticien du voisinage, *l'illustrissimo doctore* Berizzo, « âgé de 80 ans, coiffé d'une perruque, jadis noire et roussie par le temps. » On saignait à cette époque à lancette que veux-tu! Mais notre vieux confrère italien, n'osant pas toucher à la veine d'un Français, tint à se faire remplacer par un de ses jeunes collègues, M. le Dr Pietro Pagello. Celui-ci s'installa au chevet du malade, qu'il surveilla deux nuits de suite, et finit par le tirer d'affaire. Mais, dans l'intervalle, il avait attiré aussi les yeux de la garde impatiente, qui veillait au chevet du lit, et qui, entre deux ordonnances, lui glissa dans la main cette splendide déclaration d'amour, une des pages les plus inspirées qu'écrivain ait jamais jeté à la face d'une amante et que tous les journaux ont reproduite ces temps derniers.

A. de Musset dut regagner la France et le char de l'amour ne fut plus bientôt attelé qu'à deux. Sand et Pagello s'installèrent à Venise, puis voyagèrent en Italie et en Suisse, et enfin revinrent à Paris.

Dans une lettre de 1834, écrite à l'époque où elle était encore en ménage, G. Sand a dit de son amant :

« M. Pierre Pagello est un Don Juan sentimental, qui s'est trouvé tout à coup quatre femmes sur les bras. Tous les jours, tragédie et comédie nouvelle de la part de ses amantes et de ses amies. »

Ces quatre femmes étaient: sa maîtresse italienne, Mme S. Arpalice; Mlle Giulia P..., sœur de la main gauche de Pierre Pagello, d'une ressemblance frappante avec Pagello père (quelle famille!); la maîtresse de la maison Mizzani, où tous ces jeunes fous habitaient; et, enfin, G. Sand, qui remplaça Mme Arpalice. L'aventure ne dura que quelques mois, car, dès la rentrée en France, en août, tout était terminé ou à peu près.

Notons que Pietro Pagello pendant son séjour dans la capitale, qui dura sept ou huit mois, n'oublia pas sa noble profession. Il fréquenta consciensieusement l'hôpital, car c'était un studieux. Il suivit les services des célèbres chirurgiens Lisfranc et Amussat, et n'oublia pas d'aller chez Broussais, le maître en... saigneur de l'époque.

Après avoir dépensé, au cours de son escapade avec la Sand (comme il dit) et à Paris, ses derniers gros sous, il eut le courage (c'était un homme... fort) de tout quitter et de revenir dans son pays, ruiné, mais prêt à recommencer une nouvelle existence. On connaît d'autres détails biographiques sur Pagello, et nos lecteurs nous sauront peut-être gré de les consigner ici avec plus de prolixité que ses amours passagères.

(1) L'hygiène des deux grands amoureux dut être alors assez mauvaise : on le conçoit facilement! Mais Pagello n'a certes pas dû leur en faire de sanglants reproches. Nous ne leur en ferons pas non plus, et pour cause, malgré notre titre de... docteur.

Pietro Pagello, aujourd'hui octogénaire et très sourd, naquit à Castelfranco-Veneto, l'an 1807. Il est fils de Domenia et de Dame Maria Casalini, légitimement mariés le 15 juin 1807, et a été baptisé à l'église Sainte-Marie-de-Pavie de Castelfranco-Veneto. Il a fait ses études médicales à l'Université de Pavie, où il fut l'élève du célèbre Scarpa. Il s'adonna de bonne heure à la chirurgie. Venu à Venise, il y fut médecin-adjoint du Pr Rima, ex-médecin principal de la grande armée de Napoléon, alors médecin en chef de l'hôpital de cette ville. Il occupait cette fonction quand, en 1834, à l'âge de 27 ans, il rencontra « le bonheur le plus grand qu'un homme peut espérer sur cette terre », a dit A. Dumas dans la *Dame aux Camélias* : ce que bien d'autres ont répété après lui!

Il revint à Venise au début de 1835 et reprit vite sa clientèle, n'ayant gardé, comme l'a dit notre confrère Eugène Lautier, de sa liaison avec la Sand qu'un piètre souvenir : celui qu'un *carabin* garderait de ses amours avec une *grisette* de notre quartier latin — au temps, hélas!, où il y avait encore un quartier latin et des grisettes. Et quand George mourut, c'est à peine s'il songea un instant à cette ancienne camarade des années de Bohême (Pagello le fils a employé le terme : « Bohémienne »). — Voilà ce qu'est l'amour des... forts en thème, dont Pagello fut le type!

En 1837, Pagello s'installa à Bellune qu'il ne quitta plus et où il vit encore. Il y fut médecin en chef de l'hôpital civil, place qu'en se retirant il a laissé à son fils, le Dr Guisto (Just) Pagello. C'est à Bellune qu'il s'est marié et qu'il a eu plusieurs fils. Il a actuellement 89 ans passés et les porte à merveille.

Le vieux Pagello est loin d'avoir été en son jeune temps un médecin quelconque; sa valeur est réelle. Lorsque ses noirs cheveux étaient encore indemnes de l'action des frimas, il était poète et avait quelque talent. Il a écrit une chansonnette vénitienne, longtemps chantée à Venise :

> Ti xe bela, ti xe zovene,
> Ti xe fresca comme un fioz;
> Vien per tute le so la creme, etc.

Il a fait imprimer plusieurs de ses poésies à l'occasion de diverses circonstances importantes de sa vie (son mariage, etc). En dehors de ses qualités littéraires, il a été un chirurgien de mérite très consulté et un savant digne d'estime. Il a été un des premiers à introduire en Italie la lithotritie, qu'il avait vu exécuter à Paris par Lisfranc, la taille périnéale, etc. Bientôt, il devint plus spécialement accoucheur. Jusqu'à ces dernières années, il a fait son service à l'hôpital de Bellune avec la plus remarquable ponctualité.

Dans les rares loisirs que lui a laissés son art, il s'est occupé de géologie, de paléontologie, de conchyologie, de pisciculture même. Il est resté cependant fidèle à sa passion d'antan, la littérature. Il a écrit un mémorial, sorte de confession de ses fautes passées (?). Un manuscrit inédit renferme de nombreuses poésies, des œuvres de moralité (le Diable est devenu ermite!), des souvenirs de voyage, des notes de sociologie, d'économie domestique, etc.; mais tout cela ne sera publié qu'après sa mort.

Un de ses fils, M. le Dr Just Pagello, qui lui a succédé, est actuellement médecin en chef de l'hôpital civil de Bellune et y est marié. Il parle le français et c'est grâce à lui que M. le Dr Cabanès a pu si heureusement découvrir le mystère qui planait sur le célèbre « Palmer » de *Lui et Elle*. Tous les Français doivent en être reconnaissants à cet excellent fils. Il a subi sa thèse de doctorat en 1888 et elle a pour titre : *La medicazione al deuto-chloruro di mercuria negli ospitali poveri* (16 p. in-8°, Padoue, L. Ponada). On voit que, nous aussi, nous sommes renseignés!

Le fils possède un beau portrait de son père, dû à Bevilacqua, qui date de l'époque de la liaison fameuse, et que va vulgariser la photogravure. L'heureux et brillant cavalier de 1834 mérite bien cet honneur, ne serait-ce que pour avoir ramené ces jours-ci l'attention sur nos deux détraqués de génie! Lui, l'homme calme et prudent, le malin par excellence, le parfait équilibré, qui fit si bien la bête pour rester maître de la situation, au moment le plus critique de son existence!

D'une lettre écrite par G. Sand à A. de Musset, probablement à Nohant, à son retour d'Italie, et qu'a publiée récemment la *Revue de Paris*, nous extrayons le passage suivant, qui indique bien les sentiments de la célèbre femme de lettres envers Pagello. Or, cette lettre a été écrite à l'époque où ce dernier se préparait à quitter Paris, en ayant assez sans doute de la vie aventureuse.

« Et pourtant je l'aimais sincèrement et sérieusement, cet homme généreux, aussi romanesque que moi, et que je croyais plus fort que moi. Je l'aimais comme un père, et tu étais alors notre enfant à tous deux. Le voilà qui redevient un être faible, soupçonneux, injuste, faisant des querelles d'Allemand et nous laissant tomber sur la tête ces pierres qui brisent tout. »

Un journaliste, M. Eugène Lautier, a fait méchamment remarquer que Pagello était « chirurgien » et que les cœurs déchirés par simple métaphore ne pouvaient l'émouvoir. J'ai déjà ajouté qu'il était chirurgien... « fort en thème. » Et n'en déplaise à Lautier (qui est de la maison où ils abondent, sinon les chirurgiens, du moins les forts en thème!), il est aussi des chirurgiens, parfaitement déséquilibrés, qui se chargent bel et bien de faire mentir la dernière phrase de notre collègue du *Temps* : « *Les femmes de lettres trop sensibles*, qui voyagent à Venise, avec ou sans poète parmi leurs bagages, *ont toujours tort d'aimer un docteur*, quand sonne inévitablement pour elles ce que nous nommerons, si vous voulez, « *l'heure du gondolier* ! » Et je me charge de le démontrer bientôt, dans un prochain article, en ne mettant pas, à moins d'y être obligé, de trop gros points sur des I trop grands.

Pagello fut un *amant* et non un *amoureux* ; c'est certain et c'est par cette remarque que je terminerai Jamais il ne souffrit une minute de cette véritable maladie intellectuelle, qu'on appelle l'Amour-Passion ; et c'est pour cela qu'il triompha. Jamais cette obsession terrible, qu'ont si bien décrite nos littérateurs de génie, n'a hanté son cerveau.

C'est pour cela qu'il resta toujours maître de la situation, se maria, fut un citoyen... honoré et respecté, et eut beaucoup d'enfants. La Société doit être ainsi faite et je n'ai nulle prétention — moi, pauvre maire de campagne, — d'y apporter le moindre changement.

Marcel BAUDOUIN.

HOSPICE DE TOURS. — Les concours pour l'internat et la suppléance de l'hospice civil de Tours se sont terminés par les nominations suivantes. Internes : MM. Bougrier, Lemesle, Rousseau et Morel ; Suppléants : MM. Franchet, Roux, Bayet, Lehoux, Dejeault, Dinet et Martin.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Gand.* M. le Dr J. HEYMANS est nommé professeur ordinaire de thérapeutique et de pharmacologie. Sont nommés professeurs extraordinaires : M. le Dr Van Duyse (anatomie pathologique); M. E. Gilson, docteur ès sciences (chimie et pharmacie). — *Faculté de médecine de Kœnigsberg.* M. le Dr HALLERVORDEN est nommé privatdocent de psychiatrie. — *Faculté de médecine de Liège.* M. Ch. JULIN, docteur ès sciences naturelles, est nommé professeur ordinaire d'anatomie. Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les Drs F. Fraipont (obstétrique et gynécologie); F. Schiffers (otologie, rhinologie et laryngologie). — *Ecole de médecine de King's College de Londres.* M. le Dr T. CRAWFORD HAYES est nommé professeur d'obstétrique.

VARIA

Hospices de Nimes.

Concours pour des places d'élèves internes à l'Hôpital civil et militaire.

Il sera ouvert le lundi 7 décembre prochain, devant la commission administrative des hospices, assistée de MM. les médecins et chirurgiens en chef, un concours pour des places d'élèves internes. Les candidats devront déposer avant le 28 novembre, au secrétariat des hospices, rue Ruffi, 11, leur demande accompagnée du bordereau de leurs inscriptions, d'un certificat de bonne vie et mœurs délivré récemment par le maire de leur résidence et d'un certificat de régularité d'études et de bonne conduite émanant du doyen d'une faculté ou d'un professeur d'une école publique de médecine, et contenant la mention des notes obtenues aux différents examens. Ils devront avoir acquis au moins douze inscriptions de doctorat. Les candidats reconnus par la Commission, admissibles à concourir, en seront individuellement prévenus avant l'époque du concours.

Le concours comprendra : première épreuve. Composition écrite sur deux questions classiques de pathologie interne et externe; deuxième épreuve. Question d'anatomie et de physiologie courante à traiter oralement après dix minutes de réflexion. Les candidats qui auront subi les épreuves avec succès seront classés et désignés suivant leur ordre de classement pour remplir les places vacantes et celles qui le deviendront. Deux places seront disponibles le 1er janvier 1897. Les élèves internes sont logés, chauffés et éclairés par les hospices; ils reçoivent un traitement de deux cent cinquante francs la première et de trois cents francs la deuxième année et une indemnité mensuelle de nourriture de quatre-vingts francs. Les élèves internes sont chargés à tour de rôle des fonctions de répétiteur du cours d'accouchement. Une indemnité de cent francs par an est allouée à ce répétiteur par le conseil général du Gard. La durée de l'internat est de deux ans. Les élèves sont tenus à se conformer à toutes les dispositions du règlement sur le service de santé et aux modifications qui pourront y être apportées par la Commission.

Hospices civils de Marseille.

Concours pour la nomination à quatre places d'élèves internes en pharmacie des hospices civils de Marseille.

Un concours pour la nomination à quatre places d'élèves en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le lundi 14 décembre 1896, à trois heures de l'après-midi, dans l'Amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille. Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, de 9 heures à midi et de 3 à 5 heures du soir, jusqu'au 5 décembre inclusivement.

Conditions de l'admission au concours et formalités à suivre : tout aspirant devra être âgé de 18 ans au moins et de 40 ans au plus, être Français ou naturalisé Français. Il devra produire : 1° son acte de naissance ; 2° un certificat de vaccine ; 3° un certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire de la commune; 4° le certificat de validation de son stage et des certificats constatant qu'il a fait trois ans de stage, dont un an au moins dans une même pharmacie ; ces derniers certificats doivent, sous peine de nullité, être légalisés et indiquer quelle a été la conduite de l'élève pendant son séjour dans les pharmacies. (Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne peut être accueillie). Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close ; il se compose de deux professeurs de l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie, d'un pharmacien de première classe de la ville et de deux pharmaciens en chef des hôpitaux.

Epreuves du concours. — Le concours se compose des épreuves suivantes ; *épreuves d'admissibilité* : 1° reconnaissance de vingt plantes et substances appartenant à l'histoire naturelle, à la chimie et à la pharmacie et de dix préparations pharmaceutiques proprement dites. Il est accordé à chaque candidat 15 minutes; le maximum est de 30 points dont un pour chaque préparation pharmaceutique ou substance chimique; pour les drogues simples, il y a 1/2 point pour le nom français, 1/4 de point pour le nom latin et 1/4 de point pour le nom de la famille. 2° Deux manipulations ou préparations pharmaceutiques magistrales ou officinales.

Epreuves définitives : 1° une épreuve orale portant sur la pharmacie galénique et sur la pharmacie chimique. Il est accordé dix minutes après un temps égal de réflexion. Maximum : trente points. 2° une épreuve écrite portant sur un sujet de pharmacie, un sujet de chimie minérale et d'histoire naturelle médicale. Il est accordé 4 heures. Maximum 75 points. Les plantes et les substances à reconnaître seront choisies par le jury avant chaque séance et seront communes à tous les candidats passant dans une même séance; il en sera de même pour les manipulations. Pour les épreuves orales, avant chaque séance, les questions seront rédigées au nombre de cinq et placées dans une urne ; celle que le sort désignera sera commune à tous les candidats de la même séance. Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats; il est tiré au sort entre cinq questions arrêtées par le jury avant l'ouverture de la séance.

Chaque élève sera nommé pour trois ans ; la nomination sera renouvelable pour trois autres annees, si l'Administration le juge convenable. Ils recevront un traitement de : la première année : 860 fr. ; la deuxième année : 920 fr. ; la troisième année : 980 fr.

Ce traitement de 980 francs sera continué aux élèves renommés pour une nouvelle période de trois années. Les élèves ne seront nourris et logés dans les hôpitaux que les jours de garde. Ils seront responsables de leur service vis-à-vis de l'Administration et du pharmacien en chef. Ils seront nommés, s'il y a lieu, par la commission administrative après le rapport du jury d'examen. Ils n'entreront en fonctions qu'au fur et à mesure des vacances d'emploi et devront, en attendant leur installation définitive remplir les fonctions d'élèves externes. Les candidats admis recevront un titre provisoire ne leur donnant pas le droit de porter par la suite le titre d'ex-internes des hôpitaux; ce droit ne leur sera définitivement acquis qu'au bout d'une année de service. Il leur sera remis alors un titre définitif. Les élèves cesseront d'office leurs fonctions à partir du moment où ils seront pourvus du diplôme de pharmacien. Les candidats prendront connaissance du règlement intérieur ainsi que de celui spécial à la pharmacie, dans les bureaux du secrétariat général à l'Hôtel-Dieu. Ils seront tenus d'observer toutes les dispositions actuelles et toutes autres que l'Administration pourrait adopter plus tard pour le bien du service.

Institut psycho-physiologique (49, rue Saint-André-des-Arts).

Cours et conférences du semestre d'hiver 1896-1897.

Jeudi 26 novembre, à cinq heures, M. le Dr Bérillon, inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés, fera une conférence sur : *Les applications de l'hypnotisme à la thérapeutique générale.*

Jeudi 3 décembre, à cinq heures, M. le Dr P. Valentin fera une conférence sur : *Le rôle du sommeil dans les cures psychothérapiques : Les états passifs.*

Jeudi 10 décembre, à cinq heures, M. le Dr Max Nordau fera une conférence sur : *Les phobies acoustiques.*

Jeudi 17 décembre, à cinq heures, M. le Dr Gaube (du Gers), fera une conférence sur : *La minéralisation du cerveau.*

Jeudi 7 janvier, à cinq heures, M. le Dr Bérillon fera une conférence sur : *L'hypnotisme et la psychologie de la douleur.*

Jeudi 14 janvier, à cinq heures, M. le Dr Dumontpallier, membre de l'Académie de Médecine, fera une conférence sur : *La conversion d'un clinicien à la thérapeutique suggestive.*

Jeudi 21 janvier, à cinq heures, M. le Dr P. Valentin fera une conférence sur : *Le rôle du sommeil dans les cures psychothérapiques. La reconstitution synthétique de la personnalité.*

Jeudi 28 janvier, à cinq heures, M. le Dr Armand Paulier, ancien interne des hôpitaux, fera une conférence sur : *L'anatomie des régions centrales du cerveau.* (Préparations et dissections. Pièces de démonstrations en pâte molle d'après un procédé nouveau).

Jeudi 4 février, à cinq heures, M. le Dr Max Nordau fera une conférence sur : *Les psychoses de la ménopause.*

Jeudi 11 février, à cinq heures, M. Eugène Caustier, professeur agrégé de l'Université, fera une conférence sur : *L'évolution de l'amour maternel dans la série animale de la psychologie comparée.*

Jeudi 18 février, à cinq heures, M. le Dr Bérillon fera une conférence sur : *L'hypnotisme et la psychologie expérimentale. Application de la méthode graphique à l'étude de l'hypnotisme.*

Jeudi 25 février, à cinq heures, M. le Dr Collineau fera une conférence sur : *Le précurseur de l'homme.*

Jeudi 4 mars, à cinq heures, M. le Dr P. Valentin fera une conférence sur : *Le libre arbitre des névropathes.*

Jeudi 11 mars, à cinq heures, M. le Dr Max Nordau fera une conférence sur : *Les signes précoces et les formes frustes de la paralysie générale.*

Jeudi 18 mars, à cinq heures, M. le Dr Henry Lemesle, avocat à la cour d'appel fera une conférence sur : *L'homme criminel et les doctrines nouvelles de l'Ecole de Lombroso.*

Jeudi 25 mars, à cinq heures, M. Maurice Dupont, de l'Ecole du Louvre, fera une conférence sur : *L'influence de la suggestion dans l'évolution de l'art.*

La plupart des conférences seront accompagnées de présentations de malades, de démonstrations cliniques de psychothérapie, de démonstrations expérimentales et de présentation d'appareils.

La Maison municipale de Santé de la rue du Faubourg-Saint-Denis.

M. Dubois a questionné récemment au conseil municipal de Paris l'administration au sujet des faits qui se sont produits à la Maison municipale de santé, et notamment sur l'obligation imposée aux premières infirmières par des chirurgiens d'assister aux opérations et aux pansements. En ce qui concerne l'incident qui s'est produit, M. Peyron a dit que l'inspecteur a conclu à l'adjonction de 28 infirmières nouvelles, ce qui est une augmentation de dépenses considérable. Le Conseil de surveillance est saisi de ce rapport. Après une brève réplique de M. Dubois, le Conseil vote un ordre du jour ainsi conçu :

« Le Conseil invite l'administration, en présence des faits qui lui ont été signalés et de la mauvaise gestion de la Maison municipale de santé, à prendre des mesures disciplinaires rigoureuses et à assurer dans cet établissement une organisation sérieuse. »

Le Service médical de l'Exposition de 1900.

M. le Dr Déjace disait récemment dans le *Scalpel* : « M. Baudouin a voulu, pour l'organisation du Service médical de l'Exposition de 1900, sortir des voies banales et son projet, admirablement conçu, clairement exposé, étudié sous toutes ses faces, réalisait un plan tout neuf, et par son organisation et par son côté financier..... Chacun d'ailleurs, à la lecture, comprendra tout l'intérêt de ce travail si original de notre fécond et infatigable confrère..... »

Telle a été l'appréciation d'un étranger, d'un homme compétent et indépendant. — Quelle a été, par contre, celle des Académies où ledit travail a été présenté, celle du Commissariat général de l'Exposition, celle de la Commission spéciale dont faisaient partie MM. les médecins et les chirurgiens les plus célèbres de Paris? On la connait.—Heureusement qu'avant 1900, le Conseil municipal de Paris aura comblé la lacune, si du moins les Administrations ne s'endorment pas trop sur leurs... lauriers de juillet dernier. — Ce qu'elles paraissent faire d'ailleurs avec une réelle prédilection.

Un Médecin-major en Conseil de guerre.

Ces jours derniers s'est déroulée à Marseille devant le Conseil de guerre de la 15e région, présidé par le colonel Urion, l'affaire du Dr Baradat, médecin de 2e classe aux batteries alpines, prévenu d'avoir, à Nice, exercé des voies de fait en dehors du service sur la personne du lieutenant-colonel Mertian, commandant les batteries alpines. A la date du 25 août, le lieutenant-colonel Mertian recevait du directeur d'un grand magasin de Paris une réclamation contre M. Baradat au sujet d'une facture qu'il refusait de payer, alléguant que sa femme, avec laquelle il avait eu des démêlés et dont il était séparé, avait fait cette commande. Le lieutenant-colonel Mertian fit appeler le lendemain M. Baradat et lui représenta en termes sévères que sa conduite était peu digne d'un officier. Puis, après l'avoir mis en demeure de réagir contre les bruits qui circulaient sur son compte afin que son chef ne se vît pas dans l'obligation de demander son changement, il lui enjoignit de faire disparaître de sa signature le nom de « de la Cazes » dont il faisait suivre son nom de Baradat, malgré la décision du Conseil d'Etat qui lui avait refusé cette faveur. Ces observations furent fréquemment interrompues par le major Baradat, qui, sur un ton très vif, affirmait avoir payé la facture dont le montant était réclamé, et disait que les bruits qui couraient sur son compte étaient pure calomnie. Bref, l'état d'excitation du major Baradat était tel que le colonel Mertian fut obligé de lui dire : « La discussion est impossible avec vous; rentrez chez vous où vous garderez les arrêts, en attendant mes ordres. » Le major Baradat, qui déjà avait pris le chemin de la porte, s'arrêta tout à coup et s'écria : « Je ne puis accepter ce que vous venez de me dire : c'est épouvantable ! » et, levant la main, il donna un soufflet à son supérieur. A l'audience, le major Baradat s'est défendu d'avoir frappé son supérieur. Il a déclaré avoir seulement jeté le bras en avant dans un mouvement de protestation et n'avoir même pas eu l'intention de frapper le colonel. Le conseil a condamné le médecin-major Baradat à deux ans de prison et à la peine de la destitution.

Médecins et maladies contagieuses.

En faisant la déclaration des cas de maladies épidémiques, le médecin acquiert-il le caractère de citoyen chargé d'un service ou d'un mandat public? M. le Dr G. Verdié (d'Arpajon) ayant eu l'occasion de faire au cours de l'année dernière la déclaration de quelques cas de diphtérie, l'*Echo arpajonnais* publia le 10 novembre 1895 un article diffamatoire contre ce médecin. Fort de son droit et de l'exactitude de ses diagnostics bactériologiques, contrôlés d'ailleurs dans un des laboratoires de la Faculté de médecine de Paris, M. le Dr Verdié assigna l'auteur de l'article et le directeur du journal devant le tribunal correctionnel de Corbeil qui, le 7 février 1896, a condamné le premier à 50 fr. et le second à 25 fr. d'amende et aux dépens. Ce jugement ayant été confirmé par le Cour d'appel de Paris, le 13 juin dernier, l'auteur de l'article diffamatoire s'est pourvu en cassation, en faisant valoir à l'appui que les médecins remplissaient une fonction publique, lorsqu'ils faisaient la déclaration obligatoire des cas de maladies épidémiques et que dès lors la juridiction correctionnelle n'était pas compétente. Mais, le 22 octobre 1896, la Chambre criminelle de la Cour de cassation a rejeté ce pourvoi.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 16. — 2e *de Doctorat* (2e *partie* : MM. Ch. Richet, Retterer, Weiss. — 3e *de Doctorat* (2e *partie)* : MM. Potain, Chauffard, Widal. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Terrier, Humbert, Poirier. — (2e *série*) : MM. Marchand, Lejars, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Letulle, Gilles de la Tourette.

MARDI 17. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Guyon, Bar, Albarran. — 1er de Chirurgien-dentiste : MM. Mathias-Duval, Quénu, Thiéry. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Le Dentu, Pozzi, Hartmann. — (2e *partie*) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Charrin.

MERCREDI 18. — Médecine opératoire : MM. Terrier, Walther, Sébileau. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Retterer, André.

VENDREDI 20. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Pitié. (1re *série*) : Humbert, Delbet, Broca. — (2e *série*) : MM. Marchand, Peyrot, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Straus, Letulle, Wurtz. — (1re *partie*). Obstétrique. (Clin. Baudelocque) : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 21. — Médecine opératoire : MM. Le Dentu, Poirier, Albarran. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Panas, Tarnier, Hartmann. — (2e *partie*) : MM. Laboulbène, Gilbert, Achard. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Chantemesse, Marfan. — 1er de Chirurgien-dentiste : MM. Ch. Richet, Quénu, Thiéry. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique. Clin. d'accouche., rue d'Assas : MM. Pozzi, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MARDI 17. — M. Thubert. Essai sur le sous-carbonate de soude avec étude préalable du bicarbonate de soude. — M. Mourette. Essai sur le lavage du sang. — M. Béna. L'hématologie et la pathogénie du purpura. — M. Jeanty. De l'adéno-lymphocèle crurale en Haïti.

MERCREDI 18. — M. Lemonnier. Kystes hydatiques du ligament large. — M. Goguel. De l'intervention chirurgicale dans les ankyloses du coude consécutives à des traumatismes. — M. Cels. Contribution à l'étude de la kératose fillaire et de ses rapports avec l'ichthyose. — M. Devoir. Contribution à l'étude des thrombus puerpéraux.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 25 oct. au samedi 31 oct. 1896, les naissances ont été au nombre de 1.041. se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 383 illégitimes, 155, Total, 538. — *Sexe féminin* : légitimes, 372 ; illégitimes, 131. Total, 503.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 25 oct. au samedi 31 oct. 1896, les décès ont été au nombre de 844, savoir : 449 hommes et 395 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 1, T. 2. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0 — Rougeole : M. 0, F. 3, T. 3. — Scarlatine : M. 3, F. 0, T. 3 — Coqueluche : M. 2, F. 1, T. 3. — Diphtérie, Croup : M. 2, F. 2, T. 4. — Grippe : M. 1, F. 2, T. 3. — Phtisie pulmonaire : M. 104, F. 64, T. 168. — Méningite tuberculeuse : M. 6, F. 8, T. 14. — Autres tuberculoses : M. 28, F. 8, T. 33. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 15, F. 42, T. 57. — Méningite simple : M. 15, F. 7, T. 22. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 28, F. 17, T. 45. — Paralysie, M. 5, F. 4, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 8, F. 5, T. 13. — Maladies organiques du cœur : M. 33, F. 37, T. 70. — Bronchite aiguë : M. 4, F. 9, T. 15. — Bronchite chronique : M. 10, F. 12, T. 22. — Broncho-pneumonie : M. 13, F. 10, T. 25. — Pneumonie : M. 16, F. 6, T. 22. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 20, F. 12, T. 32 — Gastro-entérite, biberon : M. 4, F. 2, T. 6 — Gastro-entérite, sein : M. 17, F. 11, T. 28. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 0, T. 2. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M 0, F. 1, T. 1. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 6, F. 9, T. 15. — Sénilité : M. 12, F. 24, T. 36. — Suicides : M. 7, F. 6, T. 12. — Autres morts violentes : M. 7, F. 6, T. 13. — Autres causes de mort : M. 78, F. 79, T. 157. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 1, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 79. qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 26, illégitimes, 16. Total : 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 26, illégitimes, 11. Total : 37.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours pour le Clinicat chirurgical.* — Un concours pour un emploi vacant de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, le lundi 16 novembre 1896, à 9 heures du matin. — *Conditions du concours* : Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, avant le 8 novembre 1896. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures, guichet n° 2). Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine français qui n'ont pas plus de 38 ans au jour de l'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de prosecteur et d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Legs. — Par décrets sont approuvés les legs suivants faits par M. Edmond-Alexandre Rigout : 1° à la Société chimique de Paris la somme nécessaire à la constitution, en nue propriété, d'une rente 3 0/0 de 1,200 francs, conformément aux intentions du testateur. La somme de 1,200 fr. devra être ainsi répartie au décès de l'usufruitière : 600 francs par an pour la bibliothèque de la société, 300 francs pour la création d'un prix de chimie minérale (prix Edouard Rivot); 2° à la Faculté de Médecine de Paris la somme nécessaire pour la constitution d'une rente annuelle de 900 francs ou 1,000 francs si les ressources de la succession y suffisent, ce revenu devant, après le décès de l'usufruitière, recevoir l'affectation suivante : 1° 500 francs pour la meilleure thèse de chimie biologique ou de chimie physiologique ou de bactériologie; 2° 300 francs à la bibliothèque de la Faculté ; 3° 100 francs ou 200 francs, suivant le cas, à servir annuellement à la Société laïque d'enseignement (ligue Macé) ; 4° une somme de 200 francs pour rachat de cotisation à chacune des associations suivantes : Orphelinat de la Seine, Société de secours des amis des sciences ; 5° à l'Association française pour l'avancement des sciences, le legs consistant, d'après l'aperçu liquidatif de la succession, en une somme de 7,853 fr. 18.

Nominations. — M. CASTEX est chargé, à la Faculté de Médecine de Paris, pour l'année scolaire 1896-1897, d'un cours complémentaire de clinique des maladies du larynx, du nez et des oreilles. — M. GALIPPE, docteur en médecine, est maintenu, pour l'année scolaire 1896-1897, dans les fonctions de chef du laboratoire de clinique d'accouchement à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris. — M. le Dr Lamy est nommé chef de laboratoire de clinique chirurgicale de l'Hotel-Dieu.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le Pr Laboulbène a commencé le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le jeudi 12 novembre 1896, à 4 heures (petit amphithéâtre de la Faculté) ; il le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. Dans la première leçon, le professeur a résumé l'histoire du journalisme médical.

Conférences de Pathologie interne. — M. le Dr WIDAL, professeur agrégé, reprendra ses conférences de pathologie interne, le lundi 16 novembre à 4 heures, au grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique (et non à 4 heures au grand Amphithéâtre de la Faculté, comme il avait été annoncé.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Le *Concours du Prosectorat* de la Faculté de médecine de Bordeaux s'est terminé par la nomination de MM. REUVERET comme prosecteur, et LAFFAY comme prosecteur-adjoint.

Sont maintenus pour l'année scolaire 1896-1897 dans les fonctions ci-après désignées : MM. Cassäet, agrégé, chef des travaux d'histologie. Lasserre, docteur en médecine, pharmacien de première classe, chef des travaux d'histoire naturelle. Sellier, docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles, chef des travaux de physiologie. Auché, agrégé, chef des travaux d'anatomie pathologique. Sabrazès, agrégé, chef du laboratoire des cliniques.

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — M. COURMONT, agrégé, est nommé, en outre, pour l'année scolaire 1896-1897, chef des travaux de médecine expérimentale et comparée, en remplacement de M. Rodet, dont le temps d'exercice est expiré.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Un congé, pour l'année scolaire 1896-1897, est accordé sur sa demande et pour raison de santé, à M. BERTIN-SANS, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — M. LAMIC, docteur en médecine, pharmacien supérieur de 1re classe, est chargé, à partir du 1er novembre 1896, d'un cours d'histoire naturelle. — Sont maintenus pour l'année scolaire 1896-1897, dans les fonctions ci-après désignées, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse : 1° *Chargés de cours* : MM. Abelous, agrégé, physiologie ; Guilhem, docteur en médecine, médecine légale ; Bézy, docteur en médecine, clinique des maladies des enfants ; Garrigou, docteur en medecine, hydrologie ; Suis, docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles, histoire naturelle (cours et travaux pratiques pour les étudiants en médecine) ; Marie, docteur en médecine, docteur ès sciences, physique (pour les étudiants en pharmacie), physique (pour les étudiants en médecine) ; Biarnès, agrégé, chimie (pour les étudiants en médecine) ; Morel, agrégé, bactériologie. — 2° *Chefs de travaux* : MM. Bouby, docteur en médecine, médecine opératoire ; Gérard, chargé d'agrégation, pharmacie, chimie (laboratoire des cliniques) ; Biarnès, agrégé, chimie ; Ribout, pharmacien de 1re classe, chimie (chef adjoint) ; Suis, docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles, micographie (pour les étudiants en pharmacie). — 3° *Maîtresse sage-femme* : Mlle Renalier, clinique d'accouchement.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. MOUREU docteur ès sciences, est nommé, à dater du 1er novembre 1896, sous-chef des travaux pratiques de chimie (première année), à l'Ecole supérieure de Pharmacie de l'Université de Paris.

ECOLE DE MÉDECINE DE RENNES. — Sont institués suppléants, pour une période de neuf ans : MM. les Drs Bodin (pathologie et clinique médicales) ; Le Moniet (pathologie et clinique chirurgicales et clinique obstétricale).

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. le Dr NOURY, suppléant, est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire.

ECOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — M. le Dr Pouchin, suppléant, est nommé professeur de pharmacie et de matière médicale.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS. — M. Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine, a présidé, la semaine dernière, la séance annuelle de réouverture des cours de l'Ecole Dentaire de Paris, rue Rochechouart. M. Godon, président du conseil d'administration, a prononcé une allocution dans laquelle il a émis les trois vœux suivants : 1° Qu'il ne soit pas créé d'enseignement officiel de l'art dentaire ; 2° qu'une place soit réservée à un professeur de l'école, parmi les représentants de l'enseignement libre au conseil supérieur de l'instruction publique ; 3° que l'exemption de deux ans de service militaire soit accordée aux élèves de l'école, au même titre qu'elle est accordée aux étudiants des Facultés. Il a été donné ensuite lecture du rapport du secrétaire général, M. Maurice Roy, rapport dont il résulte que sur 24 candidats présentés à la Faculté, 20 ont été admis et que 25,946 personnes ont été soignées à l'Ecole dentaire.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Par décret, M. Emile FERRY et M. le Dr MILLARD sont nommés membres honoraires du Conseil de surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle. — Le Banquet de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle aura lieu le vendredi 4 décembre, à 7 heures précises du soir, à l'Hôtel Continental. Les adhésions doivent être adressées à M. le Dr Philbert, 34, boulevard Beaumarchais. La cotisation est fixée à 20 francs.

Société de Stomatologie de Paris. — La Société de Stomatologie de Paris fonde un prix sous le nom de : *Prix de la Société de Stomatologie.* — Conditions du concours : Ce prix, de la valeur de *cinq cent francs*, sera décerné pour la première fois dans le courant de l'année 1899. Toute latitude est laissée sur le choix du sujet. qui devra naturellement porter sur des questions se rattachant tout spécialement à la *stomatologie* (maladies de la bouche, odontologie, chirurgie dentaire). Les mémoires seront adressés au secrétariat général de la Société, au siège des séances : Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, avant le 31 décembre 1898. Ils devront être inédits, anonymes et accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur. Exception est faite toutefois pour les thèses de doctorat en médecine qui seront soutenues à partir du 1er janvier 1897. Le jury sera composé de sept membres : le président et le secrétaire général en feront partie de droit ; les cinq autres seront tirés au sort dans la séance de janvier 1899. Les membres de la Société sont exclus du concours. Le prix étant fondé dans le but d'encourager le corps médical français à s'occuper des questions de *stomatologie*, nul ne pourra concourir s'il n'est Français ou naturalisé Français. docteur en médecine ou officier de santé, ou étudiant en médecine, muni d'au moins seize inscriptions de doctorat.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Ange Gloril, médecin de l'Hospice des Enfants incurables de Saint-Jean-de-Dieu, rue Lecourbe, à Paris, est nommé chevalier de l'ordre pontifical de Saint-Grégoire-le-Grand.

La Loi sur les Universités. — *M. Félix Faure à la Sorbonne.* — Ainsi qu'on le sait, la loi du 10 juillet 1896 a reconstitué les Universités. Pour consacrer en quelque sorte la nouvelle organisation, M. Félix Faure, Président de la République, sur le vœu qui lui en a été exprimé, a accepté de présider, à la Sorbonne, la séance solennelle de la réouverture des cours, qui est fixée au 19 novembre.

Hopitaux de Paris. — *Concours de l'Externat.* — Voici les dernières questions posées. Questions d'anatomie : *Muscles fléchisseurs communs des doigts ; veines superficielles du membre inférieur ; artère humérale et ses branches ; Configuration extérieure et rapports du rein.* Questions de pathologie : *Fractures de la rotule ; de la chloroformisation et de ses accidents ; hémoptysies ; signes et diagnostic de la tumeur blanche du genou.*

Mutations. — Cette année, il y a cinq places vacantes : une à l'hôpital Necker, par suite du passage de M. le Pr Dieulafoy à la chaire de clinique de l'Hôtel-Dieu ; une à la Charité et une à Saint-Antoine, par suite des décès de MM. Constantin Paul et Hanot ; une à Saint-Louis et une à l'Hôpital des Enfants, par le départ de MM. Besnier et J. Simon, atteints par la limite d'âge réglementaire.

Hopital d'Angicourt. — Une longue discussion a eu lieu récemment au Conseil municipal de Paris entre MM. André Lefèvre et Girou, à propos de certaine cantine installée dans les chantiers de construction de l'hôpital d'Angicourt (Oise).

Nécrologie. — M. Alphonse-Edouard Combes, maître de conférences de chimie organique à la Faculté des sciences de Paris, est mort cette semaine subitement. M. Combes était le petit-fils de l'ancien directeur de l'Ecole des mines et le neveu par alliance de M. Friedel, professeur de chimie organique à la Faculté des sciences, membre de l'Institut. M. Combes était né à Saint-Hippolyte-du-Gard, le 15 octobre 1858. Au mois de novembre 1884, il était nommé préparateur adjoint des travaux pratiques de chimie à la Faculté de médecine de Paris. Il passait, deux ans après, à l'Ecole des hautes études, avec le titre de préparateur au laboratoire de chimie organique. En décembre 1888, le jeune professeur était nommé préparateur au laboratoire de recherches et enseignement de chimie organique à la Faculté des sciences, et, en juillet 1893, maître de conférences du même enseignement. Entre temps, M. Combes passait avec un grand succès, en 1887, son doctorat ès sciences physiques et était proclamé, en 1889, lauréat de l'Institut, classe des sciences M. Combes était officier de l'Instruction publique. — M. le Dr Bourgeois (de Paris), décédé à l'age de 64 ans. — M. le Dr Mouraud (de Lyon). — M. le Dr Picard (de Guebwiller). — M. le Dr Batailley, en religion Père Damien, Carme déchaussé, missionnaire apostolique à Bagdad. — M. le Dr E. Baumann, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Fribourg. — M. le Dr Ernst Wenzel, professeur extraordinaire d'anatomie à la Faculté de médecine de Leipzig. — M. le Dr William F. Favell, ancien lecteur de chirurgie à l'Ecole de médecine de Sheffield. — M. le Dr H. Newell Martin, ancien professeur de physiologie au Médical Department of the Johns Hopkins University de Baltimore. — A Leysin-sur-Aigle, canton de Vaud, M. le Dr Burnier, médecin du sanatorium, a été tué de quatre coups de revolver par un Polonais, pensionnaire de l'hôtel du Mont-Blanc à Leysin, auquel il avait conseillé récemment de changer de station.

Chronique des Hôpitaux.

Hopital de la Pitié. — M. Albert Robin. — Leçons de clinique et de thérapeutique, le lundi à 9 h. 3/4. — Tous les jours, leçons de pathologie et exercice clinique, par MM. les Drs Londe, Michel, Leredde. Exercices pratiques au laboratoire, par M. Bournigault. Visite tous les jours, à 9 heures.

Hospice de Bicêtre. — M. P. Marie. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses*, le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. Charpentier, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. Féré, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. Bourneville, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de technique des Autopsies.

Par MM. Bourneville et Bricon. Librairie du *Progrès médical.* — Prix : broché, 2 fr. 50. Pour nos abonnés, 2 fr. ; relié, 3 fr. Pour nos abonnés, 2 fr. 50.

« MM. Bourneville et Bricon ont eu l'excellente idée de publier un *Manuel de technique des autopsies*, clair, concis, bien fait, renfermant tout ce qui est nécessaire pour guider un étudiant, un externe ou interne, ou un médecin des hôpitaux, dans la pratique des nécropsies. C'est un vade-meum indispensable de la salle d'autopsie, car, là, rien ne doit être laissé à l'imagination. . . . .

« Le manuel de MM. Bourneville et Bricon vient donc bien à son heure ; il est de la plus grande utilité pour tous ceux qui veulent apprendre la technique des autopsies. Il suit presque partout les indications formulées par Wirchow ; mais, chemin faisant, il indique aussi quelques-uns des procédés de l'Ecole de Vienne et, à propos du cerveau, il donne les méthodes de section de M. Pitres. » (*Journ. des Connaissances méd.*).

V. Cornil.

Hamon du Fougeray et Couetoux. — Manuel pratique des méthodes d'enseignement spéciales aux enfants anormaux, sourds-muets, aveugles, idiots, bègues, etc., etc., avec une préface du Dr Bourneville. Un beau volume in-8 de XVI-304 pages, avec 27 figures et deux cartes.— Prix : 5 fr.— Pour nos abonnés. 3 fr. 50

Dauriac (J.-S.). — Traitement chirurgical des hernies de l'ombilic et de la ligne blanche. Volume in-8 de 180 pages, avec 17 figures. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCCr), RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IV. N° 47. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 21 NOVEMBRE 1896

Le Progrès Médical



ELECTROTHÉRAPIE

Sur l'emploi thérapeutique des courants à haute fréquence (Courants de Tesla);

par R. VIGOUROUX.

Les diverses communications de M. le Pr d'Arsonval sur ce sujet ont excité un intérêt très vif et très général, attesté par toute la presse scientifique et politique. Peut-être même s'est-on laissé aller à de grandes espérances un peu prématurées ; mais c'est là une question que je n'aborde pas pour le moment. Je me bornerai dans cet article à examiner quelques difficultés que rencontre l'explication physique du nouveau procédé d'électrothérapie, et je terminerai par une appréciation des résultats acquis et du progrès réalisé.

L'idée d'utiliser en médecine les courants alternatifs à haute tension et à grande fréquence n'est pas nouvelle. Déjà Tesla avait publié un article très curieux, intitulé : Le massage par les courants de haute fréquence (*The electrical Engineer*, N. Y., 1891), dont voici une courte analyse :

« En commençant, Tesla s'excuse d'aborder un sujet aussi exploité par le charlatanisme que l'électricité médicale ; il proteste qu'il n'a pas l'intention de se poser en Docteur Miracle. Mais, pour satisfaire la curiosité de quelques éminents praticiens, qui ont assisté à ses expériences, il croit devoir donner quelques indications sur l'emploi thérapeutique des courants à haute fréquence. Il a remarqué que le simple fait de séjourner quelques minutes à proximité d'un de ses appareils, provoque une sensation de chaleur très accentuée sur toute la surface du corps ; il attribue cette sensation au *bombardement* de la peau par les molécules du milieu (air ou éther ?), bombardement qui, suivant lui, caractérise tous les phénomènes électrostatiques du courant à haute fréquence. En général, un corps complètement isolé dans l'air, mis en connexion avec une source électrique rapidement alternante de haute tension, s'échauffe. Le degré d'échauffement peut être tel qu'on le désire et dépend seulement du genre et des dimensions de l'appareil. L'échauffement se produit seulement à la surface de la peau et s'obtient que le malade soit habillé ou non, debout ou couché, etc... La question est de savoir si ce nouveau procédé peut être utile. »

Cette dernière réflexion est fort sage, car il ne suffit pas qu'un appareil électrique soit nouveau et intéressant théoriquement, pour qu'on soit autorisé, *ipso facto*, à lui donner une place dans l'arsenal thérapeutique. Avant d'en arriver là, il faut d'abord préciser l'action physiologique réalisable au moyen de l'appareil et ensuite savoir nettement dans quels cas pathologiques il peut être opportun de provoquer cette action.

Les indications de Tesla ne furent pas immédiatement mises à profit. Elles étaient d'ailleurs un peu vagues ; notamment il n'avait pas décrit ni désigné l'appareil le plus propre à cette application des courants, et on sait que le matériel instrumental nécessaire pour des essais de ce genre n'est guère accessible à la plupart des médecins.

L'appareil préconisé par M. d'Arsonval est venu combler cette lacune. Il est assez connu pour qu'il soit inutile d'en donner une description détaillée. Il reproduit un dispositif déjà employé par M. Lecher (de Vienne) dans ses recherches sur les oscillations électriques et comprend une grande bobine de Ruhmkorff ou plus généralement un transformateur, deux condensateurs et une spirale. Les deux extrémités du secondaire de la bobine aboutissent aux armatures internes des condensateurs et sont, en outre, réunies par un déchargeur. Les armatures externes sont reliées aux extrémités de la spirale (ou solénoïde). C'est sur la spirale que circule le courant de haute fréquence induit par les décharges oscillantes des armatures internes. Les dimensions de la spirale diffèrent suivant le genre d'application que l'on se propose. Pour l'électrisation générale, elle est assez grande pour contenir le patient sans le toucher. Je laisse de côté les ingénieux perfectionnements de détail apportés à l'appareil par M. d'Arsonval pour rendre possible les applications de longue durée.

Voici de quelle manière on se sert de cet appareil : « J'ai indiqué déjà, dit M. d'Arsonval, trois procédés principaux pour l'électrisation par les courants à haute fréquence ; le premier consiste à amener à la partie du corps que l'on veut électriser le courant émanant du solénoïde à l'aide de conducteurs terminés par des électrodes appropriées ; le second consiste à plonger le malade dans un solénoïde ne le touchant pas, mais qui induit dans son corps des courants de même fréquence, c'est la méthode de l'auto-conduction ou faradisation induite ; dans le troisième le malade constitue une des armatures d'un condensateur chargé statiquement par le solénoïde. » (*Acad. des Sciences*, 6 juillet).

Les phénomènes physiologiques observés dans ces conditions sont des plus notables. M. d'Arsonval les énumère de la façon suivante :

1° Analgésie des points par où le courant pénètre dans le corps.

2° Le système nerveux vaso-moteur est fortement influencé. Si on place un manomètre à mercure dans la carotide d'un chien, on voit la pression artérielle tomber de plusieurs centimètres. Donc, inhibition manifeste du système nerveux vaso-moteur en dehors de toute sensation consciente. Ce fait prouve que les courants à haute fréquence pénètrent profondément dans l'organisme.

3° En continuant un temps assez long, on voit chez l'homme la peau se vasculariser et se couvrir de sueur, conséquence naturelle de l'action sur les vaso-moteurs. On arrive au même résultat en plaçant le sujet sur un tabouret isolant en communication avec un des pôles de la bobine à haut potentiel, le second pôle étant en communication avec une plaque métallique isolée supportée à une certaine distance de la tête. Le sujet est soumis de la sorte à l'action d'un champ électrique oscillant.

4° En soumettant un animal entier à ces courants, soit directement, soit en le plongeant dans le solénoïde,

on constate une augmentation dans l'intensité des combustions respiratoires. Le thermomètre montre qu'il n'y a pas élévation de la température centrale. L'excès de chaleur produit est perdu par rayonnement et évaporation, ainsi que le montre le calorimètre (*Arch. de Physiol.*, 1893, n° 2).

Il s'agit maintenant de définir l'action physique à laquelle se trouve soumis l'organisme dans ces procédés d'électrisation et de concilier ce que nous savons des courants à haute fréquence avec la possibilité des effets physiologiques qui viennent d'être décrits. La tâche, comme on le voit, n'est pas facile.

On sait que les courants alternatifs, au-dessus d'une limite assez basse de fréquence, environ 3,000 par seconde, ne produisent plus d'effets, ni chimiques, ni physiologiques; mais leur énergie, sous forme thermique ou mécanique, reste entière, point qu'il importe de ne pas perdre de vue.

Une autre particularité très importante de ces courants est relative à leur mode de propagation. Dès que les alternatives atteignent une certaine fréquence, la densité du courant n'est plus uniforme dans l'épaisseur du conducteur. Elle augmente dans les couches concentriques à mesure qu'elles s'éloignent de l'axe. L'électricité tend à se concentrer dans la couche la plus superficielle. Pour les courants de Tesla, l'épaisseur de cette couche devient extrêmement faible et le courant chemine presque entièrement au dehors du conducteur, l'enveloppant d'une gaine à la façon de la flamme d'une mèche de lampe. En même temps et dans une grande étendue, l'espace environnant les conducteurs est le siège de phénomènes électrostatiques intenses. Ainsi, dans les expériences de Tesla, on voit des tubes vides sans électrodes s'illuminer à plusieurs mètres de distance des fils de l'appareil.

Enfin un trait non moins remarquable est l'innocuité de ces courants pour l'organisme animal qui les transmet; des courants alternatifs assez intenses pour être destructeurs deviennent inoffensifs si on élève suffisamment leur fréquence. Elihu Thomson a montré le premier qu'il en est ainsi pour les décharges de condensateurs, même puissants, lorsque ces décharges sont oscillantes, et nous voyons dans les expériences de Tesla le courant transmis par une ou plusieurs personnes illuminer des lampes à incandescence sans que ces personnes éprouvent autre chose qu'une sensation de picotement et de chaleur aux points de contact avec les conducteurs. On peut vérifier le fait au moyen de l'appareil de M. d'Arsonval.

La raison manifeste, ou du moins admise généralement, de cette innocuité est le mode de transmission de ces courants. Ils cheminent à la surface du corps et l'organisme se trouve en fait en dehors du circuit.

Mais si le courant reste extérieur, comment admettre qu'il puisse exercer une action physiologique?

On voit la difficulté. M. d'Arsonval a essayé de l'écarter et ici encore nous reproduirons les passages principaux de ses publications. Il a d'abord émis deux hypothèses *Arch. Physiol.*, 1893, n° 2) : « 1° ou bien ces courants, à cause de leur énorme fréquence, passent exclusivement à la surface du corps on sait en effet que les courants à grande fréquence ne pénètrent pas et s'écoulent à la surface des conducteurs comme le fait l'électricité statique) (?); 2° ou bien les nerfs sensitifs et moteurs sont organisés pour répondre seulement à des vibrations de fréquence déterminée ». Il admet actuellement que « les courants de haute fréquence, au lieu de s'écouler par la surface du corps, pénètrent dans l'organisme et vont influencer des centres nerveux profondément situés, soit directement, soit en produisant des courants induits. Que ces excitations soient directes ou induites, la somme d'énergie qui traverse l'organisme reste la même. Et la conclusion est la même dans les deux cas. En employant un courant à haute fréquence, l'organisme est traversé, sans manifester aucune réaction, par des courants dont l'énergie le détruirait si la fréquence était abaissée. On peut expliquer cette innocuité par l'absence d'excitation ou mieux encore en admettant que ces courants exercent sur les centres nerveux et sur les muscles (?) cette action particulière si remarquable, étudiée par Brown-Séquard sous le nom d'inhibition ».

Enfin, dans sa plus récente communication à l'Académie des Sciences (6 juillet), M. d'Arsonval apporte des arguments plus directs en faveur de la pénétration des courants : « J'ajouterai un mot, dit-il, au point de vue théorique. Pourquoi ces courants, dont l'action est si puissante, n'impressionnent-ils pas la sensibilité? Les physiciens disent que la cause en est à leur localisation superficielle. J'ai montré par des preuves surabondantes d'ordre physiologique que ces courants pénètrent profondément, au contraire, dans l'organisme pour impressionner notamment les centres vaso-moteurs. Les physiciens n'ont pas réfléchi que leur explication s'applique aux corps bons conducteurs comme les métaux. Dans le cas où le conducteur considéré a seulement la conductibilité du corps humain (inférieure à celle de l'eau salée à 1/100), ces mêmes formules montrent que la répartition du courant doit être sensiblement uniforme dans l'organisme. Il est facile de la vérifier d'ailleurs, comme je l'ai fait avec un cylindre de verre plein d'eau salée, dont les dimensions étaient de 0 m.70 de longueur sur 0 m. 25 de diamètre. La densité du courant, recueilli suivant l'axe ou près de la paroi, ne varie pas de un centième de sa valeur. La véritable explication des courants à haute fréquence est donc bien d'ordre physiologique, conformément à ce que j'ai dit dès le début. »

Toute cette argumentation se résume dans les trois propositions suivantes :

1° Les courants, contre toute apparence, pénètrent dans l'organisme;

2° Ils ne le détruisent pas, parce que leur fréquence ne leur permet pas d'agir sur le système nerveux;

3° Néanmoins, ils agissent énergiquement sur les centres nerveux d'inhibition et vaso-moteurs.

Examinons ces trois points en détail :

1° Pénétration du courant. M. d'Arsonval allègue comme preuve indirecte l'existence des effets physiologiques, et, dans un autre passage, il s'appuie sur la pénétration du courant pour démontrer la réalité de ceux-ci. Quant à l'expérience du cylindre d'eau salée, en admettant que ses résultats soient applicables au corps humain, elle n'est pas relatée avec des détails suffisants pour permettre une discussion. Enfin nous ne voyons pas quelle est la formule qui, lorsqu'on y introduit la valeur de la résistance moyenne du corps humain, prouve que ce dernier devient un conducteur homogène pour les courants de haute fréquence.

2° L'assertion que les courants de haute fréquence sont inoffensifs, parce qu'il n'agissent pas sur le système nerveux, n'est pas d'accord avec les faits. On sait que les courants alternatifs à une fréquence, où ils cessent d'agir sur les nerfs, sont encore destructeurs. Et cela se conçoit, puisque les courants alternatifs, même de période trop courte pour provoquer des réactions physiologiques,

n'en possèdent pas moins l'énergie thermique et mécanique correspondante à leur valeur absolue. Si donc les courants de Tesla ne sont pas dangereux, ce n'est pas faute d'agir sur les nerfs, c'est faute de produire la brûlure, la déchirure, la commotion, et ce n'est pas leur fréquence qui les en empêche, car avec cette fréquence ils produisent ces effets sur les portions de conducteurs qu'ils atteignent réellement.

3° Enfin la supposition que les courants agissent sur les centres nerveux de l'inhibition et vaso-moteurs est manifestement inconciliable avec la précédente.

Relativement à cette question de la pénétration inoffensive des courants, je citerai encore une hypothèse émise par M. A. Broca (*Rev. scient.* du 4 juillet) : « Nous savons, dit-il, que la conductibilité électrolytique est absolument différente de la conductibilité métallique, ce qui permet aux électrolytes d'être transparents pour la lumière alors que les métaux sont opaques, d'après la théorie électro-magnétique. Or, l'organisme est un électrolyte. Il est donc possible qu'il soit transparent pour les ondulations de fréquence convenable, ce qui lui permet d'être traversé par un flux d'énergie sans absorption notable et par conséquent sans dégradation possible. Admettons que cette transparence ne soit que partielle et nous comprendrons la possibilité de l'augmentation des échanges dans nos tissus. »

Cette ingénieuse hypothèse perd beaucoup de son importance, si le fait de la pénétration lui-même n'est pas mieux établi et si la réalité de cette pénétration n'est nullement nécessaire pour expliquer les effets physiologiques.

La discussion qui précède ne porte que sur un des procédés d'électrisation, celui où le patient est en contact avec les conducteurs du courant. Pour les deux autres, on nous dit qu'ils sont équivalents au premier et la raison alléguée est que, dans ces procédés, il se développe dans l'intérieur du corps des courants induits de même énergie que le courant inducteur. Je ferai simplement remarquer que cette induction est tout aussi hypothétique que la pénétration. En définitive, les explications données jusqu'à présent sur la mode d'action des courants de haute fréquence ne sont pas satisfaisantes. Cependant, il est facile d'arriver à une explication plus simple sans cesser de tenir compte des faits constatés.

Remarquons que l'effet physiologique principal est cette chaleur périphérique, objective et subjective, signalée tout d'abord par Tesla. Tous les autres phénomènes peuvent être regardés comme subordonnés à celui-là et en dérivent, directement ou non. Tels sont l'hypérémie cutanée, la diaphorèse, les modifications de la tension artérielle, l'augmentation des échanges nutritifs.

Il suffit donc de trouver la cause immédiate de cet échauffement superficiel et on la conçoit très bien, si l'on reconnaît que, dans les trois procédés d'électrisation par les courants de haute fréquence, *l'action de l'électricité* est en effet *strictement limitée à la surface du corps.*

Ainsi, dans le premier procédé, où le sujet est placé en dérivation sur deux points de la spirale, il est évident que le courant, transmis exclusivement par les couches les plus superficielles du tégument et y présentant par suite une assez grande densité, doit y déterminer une élévation de température (et nous avons vu qu'il ne peut pas produire autre chose).

La localisation de l'électricité à la surface du corps n'est pas moins évidente dans le deuxième procédé, où le patient est enfermé dans la spirale sans la toucher, et dans le troisième, où il représente une des armatures d'un condensateur chargé par le courant à haute fréquence, l'autre armature étant une large plaque métallique placée à proximité. Cette localisation est due, dans ces deux cas, au champ électro-statique lui-même. F. Himstedt avait déjà fait remarquer que les phénomènes sont particulièrement intenses dans le champ entre deux plaques métalliques non isolées du sol et reliées aux pôles du transformateur (*Exp. sur les courants de Tesla* ; in *Wiedemann Ann.*, 1894.) Je pense même que cette action du champ intervient aussi, pour une part, dans le premier procédé. *Les effets physiologiques multiples des courants à haute fréquence reconnaissent donc pour cause directe l'action thermique* qu'ils exercent sur le tégument.

Cette manière de voir, qui n'implique aucune hypothèse, rend compte de certaines particularités restées sans explication. Par exemple, on aura remarqué que M. d'Arsonval, en mentionnant l'activité plus grande des combustions respiratoires, ajoute qu'il n'y a pas d'élévation de la température centrale. Le fait est inconciliable avec une action de l'électricité sur les organes profonds. Il s'accorde très bien au contraire avec la localisation superficielle. D'autres détails, dont je parlerai à propos des effets thérapeutiques, viennent également à l'appui de mon interprétation.

Ainsi l'action des courants à haute fréquence sur l'organisme se réduit à une élévation de température. C'est-à-dire que nous nous trouvons, sans l'avoir prévu, amenés à la conclusion déjà tirée par M. L. A. Marmier de ses expériences sur l'atténuation des toxines et des virus par l'électricité. On se rappelle que MM. d'Arsonval et Charrin avaient obtenu l'atténuation des toxines par les courants de haute fréquence en employant les précautions nécessaires pour éliminer toute élévation de température ; par suite, ils avaient exprimé l'espoir d'obtenir les mêmes résultats sur le vivant et d'arriver à traiter victorieusement par ces courants les maladies infectieuses les plus redoutables. Ces indications et ces expériences avaient été accueillies avec une grande faveur, d'abord pour les résultats pratiques qu'elles faisaient entrevoir, ensuite et surtout parce qu'elles transportaient dans le domaine des recherches de laboratoire, c'est-à-dire sur le terrain de la vérification expérimentale, des assertions qui seraient toujours restées discutables sur celui de la clinique.

Or M. Marmier, ancien élève de l'Ecole normale supérieure, attaché à l'Institut Pasteur, a répété ces expériences en se plaçant dans les mêmes conditions, et a trouvé que l'atténuation observée était uniquement due à l'élévation de température déterminée par les courants. Il termine, par la brève conclusion suivante, un travail présenté à la Société de Physique, le 3 juillet dernier. « Les courants de haute fréquence n'ont, par eux-mêmes, aucune action sur les toxines microbiennes. Les expériences ont porté sur la toxine diphtéritique, la toxine tétanique et le venin du serpent cobra. » (Voir aussi Marmier, thèse de doctorat en médecine, Paris, 1896, et : Les toxines et l'électricité; in *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1896). Je fais remarquer en passant combien une telle divergence sur des faits de ce genre doit inspirer de réserve dans les questions moins définies qui relèvent de la thérapeutique.

On voit que le résultat de notre examen critique se trouve d'accord avec l'expérimentation *in vitro* et aussi avec les premières constatations de Tesla. Quelle conséquences tirer de cet accord ? De ce que l'action des cou-

rants de haute fréquence se réduit à un effet thermique s'ensuit-il qu'on ne doit pas s'en servir ! Il y a ici à faire une distinction.

En effet, on ne peut guère demander à l'électricité de provoquer directement des réactions biologiques sans l'intervention de quelque phénomène chimique ou thermique ou mécanique. En thèse générale, c'est sous l'une de ces formes que se présente le résultat de toute application électrique. Aussi, établir que les courants de haute fréquence n'agissent sur l'économie animale qu'en élevant la température superficielle, ne suffit pas à constituer une objection contre leur emploi. L'objection n'existe que si on démontre en même temps que cette élévation de température peut être obtenue sans l'intermédiaire des courants et par des moyens plus directs et plus simples. Or, il semble bien que les toxines auraient pu être chauffées par des procédés moins compliqués et que, de même, en thérapeutique, l'hypérémie cutanée, la diaphorèse, etc., s'obtiendraient plus commodément par des moyens plus usuels, l'étuve sèche ou humide par exemple. Et précisément l'étuve rencontrerait chez certains malades les mêmes difficultés de tolérance que les courants, comme on le verra plus loin.

Nous avons maintenant à examiner en eux-mêmes les résultats thérapeutiques annoncés, sans nous occuper davantage du mécanisme qui les produit. Mais auparavant il est nécessaire d'exposer en quelques mots l'état antérieur de la question.

Dans sa communication à l'Académie des Sciences, M. d'Arsonval annonce l'application des courants à haute fréquence au traitement des maladies par ralentissement de la nutrition et en particulier du diabète, de l'obésité et du rhumatisme chronique; et il ajoute qu'il ouvre ainsi une voie nouvelle à la thérapeutique. Pour que l'expression fut exacte, il faudrait que jamais auparavant ces maladies n'eussent été traitées par l'électricité. Or, prises individuellement, ces maladies ont été traitées dès le début de l'électricité médicale, c'est-à-dire au XVIII[e] siècle. D'une façon plus générale, l'influence de l'électricité sur la nutrition a été notée aussi dès la réintégration de l'électricité statique, et depuis j'ai signalé celle-ci à diverses reprises comme la médication la plus efficace, spécifique même, de la nutrition ralentie. Pour ne pas remonter plus haut, je citerai un cas de diabète traité avec succès par l'électricité, que j'ai publié en 1891 (Voir Levillain : La neurasthénie ; avec une préface du P[r] Charcot et une notice du D[r] Vigouroux. Paris, Maloine). Le fait a beaucoup de ressemblance avec celui rapporté par M. d'Arsonval; mais il présentait plus de gravité et des chiffres plus exceptionnels comme élévation. Il s'agit d'un homme atteint de diabète et de paraplégie, que j'ai traité à la Salpêtrière en 1888. Il était âgé de 38 ans, de très petite taille et rendait par 24 heures 16 litres d'urine contenant au delà de 1,260 gr. de sucre. Les moyens ordinaires de traitement avaient d'abord été employés, mais inutilement. Après 30 séances d'électrisation *sans autre traitement*, la paraplégie avait disparu, l'aspect du malade et son état général étaient grandement améliorés et les chiffres de l'urine et du sucre étaient abaissés respectivement à quatre litres et à 360 gr. L'histoire de ce malade a été relatée dans les leçons du P[r] Charcot, au point de vue de la paraplégie. A ce propos, je ferai remarquer deux choses : la première est que le résultat est un peu plus favorable que dans le cas de M. d'Arsonval, ainsi qu'on pourra le voir plus loin en comparant les chiffres ; la seconde, plus importante, est que, si j'avais employé l'électricité dans un cas aussi grave de diabète, c'était en m'appuyant sur mes résultats antérieurs.

On voit que l'emploi des courants de haute fréquence dans ces conditions ne mérite pas le nom de méthode thérapeutique nouvelle. Le *procédé* d'électrisation même, c'est-à-dire l'emploi des courants, ne peut être dit nouveau, puisque c'est celui indiqué par Tesla.

Ces réserves faites, il reste à savoir, et c'est la question intéressante pour le praticien, si les courants de Tesla, représentés ou non par l'appareil de M. d'Arsonval, sont appelés à prendre place à côté de la machine électrique, ou même à la remplacer.

Les éléments d'un parallèle complet font encore défaut ; mais les trois observations, rapportées par M. d'Arsonval, de malades traités par les courants de Tesla, suffisent déjà à autoriser des conclusions partielles d'une certaine importance.

La première concerne un diabétique chez lequel, après 42 séances, la quantité quotidienne d'urine tomba de 11 litres 300 cc. à 7 litres, et celle du sucre de 620 gr. à 182 gr. Ainsi que je l'ai déjà dit, le résultat avait été plus rapide et plus marqué dans le cas traité par l'électricité statique, cité plus haut. Le deuxième fait est celui d'une femme diabétique — 137 grammes de sucre. Le traitement ne fut pas bien supporté et on n'obtint qu'une légère amélioration. Le troisième cas se rapporte à un obèse de trente-six ans, qui pesait 130 kilogrammes et présentait une arythmie cardiaque prononcée. Le traitement dut être interrompu à deux reprises à cause de la dyspnée et provisoirement abandonné. Il y eut en même temps un abaissement du taux de l'urine et la pression artérielle. Je ferai remarquer que, chez tout malade dans ces conditions, des bains de vapeur auraient provoqué les mêmes phénomènes d'intolérance ; ce qui s'accorde avec ce que nous avons dit de la chaleur développée à la surface du corps par les courants.

Il ressort très nettement de ce résumé que, chez les deux diabétiques, les courants de haute fréquence ont montré une efficacité inférieure à celle de la franklinisation, surtout chez la seconde malade.

Le troisième cas mérite surtout notre attention. Nous y voyons une affection cardiaque constituer une contre-indication formelle à l'emploi des courants de haute fréquence : ce qui est assez grave pour leur avenir thérapeutique. Si le fait est établi (et on ne peut pas ici arguer d'une exception), l'utilité des courants dans les maladies par ralentissement de la nutrition s'en trouve singulièrement restreinte, car c'est surtout dans ces maladies que se rencontrent les affections du cœur et des vaisseaux.

Sur ce point, tout l'avantage de la comparaison est du côté de l'électrisation statique, où on ne se heurte pas à des contre-indications de ce genre. Tout au contraire, elle est utile dans les affections cardiaques en améliorant l'état général, dont elles dépendent toujours plus ou moins.

En définitive, malgré le grand intérêt que présentent sous d'autres rapports les courants à haute fréquence ou courant de Tesla, on n'est pas fondé à dire qu'ils sont venus combler une lacune thérapeutique. Leur action physiologique se réduit à une excitation thermique de la surface cutanée, excitation qui peut être obtenue par des moyens plus simples. Quant à leur efficacité, le peu qu'on en sait actuellement porte plutôt à croire qu'elle est à la fois moindre et plus limitée comme indications que celle de l'électricité statique.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Clinique obstétricale. — M. le Pr Tarnier.

Samedi, 14 novembre, M. le Pr TARNIER, après un congé d'un an, a repris possession de sa chaire de clinique obstétricale devant une nombreuse affluence d'élèves et d'anciens élèves. Il a dès l'abord exposé le programme d'études qu'il comptait suivre, et a fait connaître les nouvelles facilités d'apprendre qu'il met à la disposition des étudiants en chargeant les Drs Bonnaire et Demelin de l'assister dans son enseignement quotidien et pratique.

Puis il a consacré sa leçon inaugurale à l'éloge de Stolz, ancien doyen des Facultés de Strasbourg et de Nancy, mort dernièrement à 93 ans dans sa propriété d'Andlau, en Alsace. M. le Pr Tarnier, en retraçant cette vie de labeur et d'honneur, a passé en revue tous les travaux qui ont illustré Stolz, depuis sa mémorable thèse de 1829 sur les *modifications du col utérin à la fin de la grossesse*, thèse de 15 pages à peine : les meilleurs travaux ne sont pas nécessairement les plus volumineux ! Puis il a terminé en évoquant la figure de Pajot, tout récemment disparu, son prédécesseur, professeur incomparable qui, pendant des années, à l'Ecole comme à la clinique, sut — par un prodigieux talent de parole — attirer à lui, retenir et instruire des générations d'étudiants.

Conférence d'Accouchement. — M. le Dr Bonnaire.

Jeudi dernier, 12 novembre, à 6 heures, M. BONNAIRE a commencé son cours dans le petit amphithéâtre absolument rempli. Il se propose d'étudier ce trimestre la grossesse, l'accouchement, la délivrance, et les suites de couches normales; puis, à partir de la fin de janvier, la dystocie d'origine maternelle. M. le Dr Bar, chargé du cours d'été, devant exposer la grossesse morbide, la dystocie d'origine fœtale, les opérations et les suites de couches pathologiques, tout le programme du cours complet aura été passé en revue à la fin de l'année scolaire.

Dans sa première leçon, M. Bonnaire, malgré son désir de rester étroitement attaché au côté pratique de l'obstétrique, énumère rapidement les notions anatomiques indispensables pour qu'il soit facile de comprendre les modifications apportées par la grossesse à l'organisme de la mère. La simplicité de son débit, la clarté de son exposition et les nombreuses planches murales dont le cours est illustré, rendent facile à suivre tout cet exposé.

Clinique chirurgicale à l'hôpital Necker. M. le Pr Le Dentu.

La première leçon a été consacrée à l'étude de l'épithéliome leucoplasique de la langue. Après des considérations histologiques sur cette affection, M. le Pr LE DENTU a fait connaître une statistique personnelle portant sur 11 cas. Il en conclut que, dans l'épithélioma lingual précédé de leucoplasie, le pronostic est moins grave au point de vue du résultat de l'opération que dans les autres variétés. Le traitement, avant d'être chirurgical, doit être hygiénique (antisepsie buccale, suppression des causes d'irritation, etc., etc.) et consister en topiques. Il faut recourir à l'exérèse, aussitôt que la plaque leucoplasique a subi la transformation papillomateuse ou ulcéreuse. L'incision doit être profonde. M. Le Dentu fera ses cliniques le mardi et le vendredi à 9 heures 1/2. A la suite, il procédera aux opérations.

Clinique mentale. — M. le Pr Joffroy.

Cette année, M. le Pr JOFFROY a traité, en ouvrant son cours, un sujet plus que tout autre à l'ordre du jour et de haute importance pratique. Il s'agit de la question des bouilleurs de cru et du monopole de rectification de l'alcool, envisagée relativement à la prophylaxie de l'alcoolisme. Cette question vient de préoccuper et préoccupe encore les Académies, les Congrès, le Parlement. Mais il appartenait au Pr Joffroy de l'exposer avec sa clarté habituelle et de donner au problème qui se pose aujourd'hui une solution définitive par son évidence.

Au moment où croît la consommation de l'alcool, et partant l'alcoolisme, il la faut diminuer et non la favoriser. Le fait du bouilleur de cru qui l'augmente, est-il un privilège, est-il un droit? Peu importe. Ce qu'il faut amoindrir, c'est l'usage de l'alcool pour combattre l'alcoolisme. Accorder des allocations aux bouilleurs de cru, c'est agir en sens inverse du but ainsi posé! Quant à la prospérité de l'agriculture, invoquée par les partisans de la loi actuelle, elle est d'ailleurs un argument sans grande solidité, comme l'a prouvé M. Joffroy qui a donné des renseignements techniques, ignorés de bien des agriculteurs. Le second point traité dans cette leçon est relatif au monopole de la rectification de l'alcool. Tout le monde a cru jusqu'à ce jour que les alcools de tête et de queue sont des agents extrêmement toxiques à cause des impuretés qu'ils renferment, et jusque dans ces derniers temps, M. Joffroy a pensé de même; mais ses dernières recherches lui ont démontré que cette opinion était sans contredit très exagérée.

On sait que l'alcool éthylique a pour coefficient de toxicité 7,75 (Dujardin-Beaumetz et Audigé) ou 7,70 (Joffroy et Serveaux). Or, M. Joffroy a pu injecter dans le sang, à des chiens, 7 cm. c. par kilogramme d'animal, des alcools de tête et de queue, provenant de la distillation de topinambours, et les chiens ont survécu, se rétablissant rapidement avec l'alcool de tête, moins vite avec l'alcool de queue. Malgré les réserves faites par M. Joffroy à l'égard des alcools provenant d'autres substances, telles que grains, pommes de terre, mélasses, etc., il n'en est pas moins démontré dès aujourd'hui qu'on a beaucoup exagéré le degré de toxicité des alcools de mauvais goût, surtout pour les alcools de tête. Il résulte de là que le monopole de rectification, si on l'établit, n'aura sans doute pas les beaux résultats qu'on se croyait autorisé à en espérer. Le danger principal, il réside dans l'alcool éthylique, à cause de sa proportion colossale dans les eaux-de-vie. Ne serait-il pas à souhaiter que nos législateurs s'inspirassent de la leçon du Pr Joffroy? Leurs lois sociales reposeraient de la sorte sur des faits offrant la précision et le désintéressement scientifiques.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. le Pr Fournier.

Le vendredi 13 novembre, M. le Pr Alfred FOURNIER a commencé, à l'hôpital Saint-Louis, le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. Selon l'habitude qu'il a prise depuis longtemps, M. Fournier a abordé dans sa première leçon un sujet de pure pratique, une question intéressant au plus haut point les médecins, surtout les jeunes, par son importance et les difficultés qu'elle soulève. M. Fournier l'a du reste exposée et résolue avec cette méthode claire et précise qui fait la haute valeur de son enseignement. Cette question, si souvent posée aux prati-

ciens, est la suivante : dans quelles conditions convient-il d'accorder ou de refuser une nourrice à l'enfant d'un père syphilitique? Nombreux sont les périls si le médecin permet de donner une nourrice à l'enfant, et si, malgré le mûr examen auquel il a soumis le père, l'enfant naît syphilitique et infecte celle qui l'allaite. M. Fournier insiste surtout sur les inconvénients qui en peuvent résulter pour le praticien : demande d'indemnité de la nourrice, recours de la famille contre le médecin, procès, médisance des avocats, sévérité des tribunaux. La « photographie », selon son expression, que donne le professeur de ce qui se passe est véritablement saisissante. Quand donc un père syphilitique engendrera-t-il un enfant syphilitique, capable par suite d'infecter sa nourrice? Cette question, qui n'est en somme, que la question encore si controversée de l'hérédité paternelle syphilitique, repose sur les cinq considérations suivantes : 1° présence ou absence d'accidents actuels ou récents ; 2° âge de la syphilis ; 3° malignité ou bénignité de l'affection; 4° durée plus ou moins longue de la période écoulée entre le dernier accident syphilitique et la conception; 5° traitement. La seconde et la cinquième de ces conditions sont de beaucoup les plus importantes et de nombreuses observations montrent que plus la syphilis est ancienne, et plus le père s'est traité régulièrement et longtemps, plus l'enfant a des chances de ne pas naître syphilitique.

Mais, même après mûr examen, le problème n'en reste pas moins fort difficile, et il peut se présenter trois ordres de cas : 1° cas favorables, où l'on peut sans crainte accorder une nourrice, ce sont ceux dans lesquels le malade intelligent, sachant se soigner (un médecin, par exemple), a une syphilis très ancienne, n'a jamais présenté d'accidents graves, n'a eu les derniers accidents que fort longtemps avant la conception, et enfin s'est traité consciencieusement, rigoureusement, depuis l'apparition de l'accident primitif; 2° cas défavorables, où toutes les conditions inverses étant réalisées, imposent le devoir de refuser une nourrice au nouveau-né ; 3° cas moyen, dans lesquels bien que l'enfant ait la majorité des chances pour naître sain, l'on ne doit pas exposer la nourrice aux risques, quelques incertains qu'ils soient. En somme, on ne doit permettre l'allaitement que dans les cas seulement où il n'y a aucun péril pour la nourrice. En terminant, M. le Pr Fournier fait le procès de l'allaitement surveillé. Celui-ci, comme on le sait, consiste à permettre l'allaitement provisoirement, en soumettant le nouveau-né à une surveillance incessante et en suspendant l'allaitement à la première alerte. M. Fournier proscrit cette méthode : 1° parce qu'elle est peu réalisable ; 2° parce que même si la surveillance est rigoureuse, l'examen de la bouche et du nez d'un nouveau-né est chose à peu près impossible ; 3° parce que, enfin, si l'allaitement surveillé a eu des succès dans la majorité des cas, il a aussi pas mal d'insuccès à son actif.

Conférences sur les maladies de la peau à l'hôpital Saint-Louis. — M. le Dr Gaucher.

M. Gaucher a commencé le 15 novembre ses conférences sur les maladies de la peau. Ses auditeurs ont apprécié une fois de plus ses qualités professorales dans l'étude intéressante qu'il a faite de l'ichthyose. Cette difformité, due à un trouble de kératinisation de l'épiderme, est caractérisée par une desquamation spéciale ; celle-ci peut revêtir deux types différents qui d'ailleurs peuvent se rencontrer chez le même sujet, comme chez la petite fille présentée par M. Gaucher. Il étudie successivement ces deux formes : l'ichthyose nacrée, dont les écailles sont minces, assez larges, blanches, ordinairement brillantes, quelquefois resplendissantes, adhérentes, tantôt par un point, tantôt par un bord, tantôt par toute leur face profonde; l'ichtyose kératosique, caractérisée par des amas de stratifications épaisses de petit volume ou même parfois véruqueuses (ichthyose histrix). Cette difformité est généralisée, siégeant de préférence dans les régions où les sécrétions sont peu abondantes. Elle est, du reste, inguérissable, et le traitement ne l'améliore que d'une façon passagère. De nombreux moulages, empruntés au Musée de Saint-Louis, passent sous les yeux des auditeurs. M. Gaucher commence ensuite l'histoire de la kératose pilaire, affection non plus généralisée comme la précédente, mais localisée aux membres, sur les parties latérales de l'abdomen (kératose blanche) à la face et au cuir chevelu (kératose rouge). Cette difformité, qui, d'ailleurs, ne s'accompagne d'aucun phénomène général ou subjectif, est souvent héréditaire, elle ne paraît jamais plus tard que la puberté. Elle est surtout fréquente chez la femme, et ce fait seul indique l'intérêt qui s'attache à la guérison de cette affection disgracieuse.

Clinique de Neurologie à la Salpêtrière. — M. le Dr Raymond.

L'école de la Salpêtrière méritera plus que jamais ce titre durant l'année scolaire 1896-1897. M. le Pr Raymond, en ouvrant son cours, mardi 17 novembre, à neuf heures et demie, a exposé comment il avait organisé l'enseignement de la neurologie. Outre les cliniques du mardi et du vendredi, que se réserve le professeur, il y aura, chaque jour de la semaine, des conférences faites par ses anciens élèves les plus distingués.

Le lundi, MM. *J. Charcot* et *Souques* exposeront, en alternant, la valeur séméiologique des symptômes des maladies du système nerveux. Le mercredi, M. *Philippe*, secondé par M. *Marinesco*, enseignera l'histologie normale et pathologique du système nerveux. Le jeudi, M. *Huet* fera des cours d'électrodiagnostic et d'électrothérapie. A ce sujet, M. le Pr Raymond rappelle que l'ancien service d'électrothérapie de la Salpêtrière a échappé à la clinique — pour laquelle il avait été créé — ; que, ayant jugé au moins surprenant que l'électrothérapie ne fut à la Faculté de Médecine de Paris l'objet d'aucun enseignement, il fait en vain démarches sur démarches aux Ministères de l'Instruction publique et de l'Intérieur ; que, finalement, il se décida à faire construire et installer à ses frais le service que dirigera M. Huet. On ne saurait trop féliciter M. le Pr Raymond de son initiative généreuse; mais n'est-il pas attristant qu'une Faculté de Médecine, comme celle de Paris, pour donner à ses élèves un enseignement indispensable à l'heure actuelle, en soit réduite à compter sur une générosité mécénienne, qui eut pu faire défaut.

Le samedi, M. *Janet*, dont la réputation en psychologie psychologique n'est plus à faire, initiera les élèves à l'examen psychologique dans les maladies nerveuses. Ces conférences alterneront avec des leçons de MM. *Gellé*, *Cartaz* et *Sauvineau* sur l'examen des oreilles, de la gorge et des yeux en neuropathologie.

Donc, grâce à l'initiative et à la générosité du Pr Raymond, l'enseignement de la neurologie sera aussi complet que possible à la Salpêtrière. Il est vrai qu'il n'y a guère à ce point de vue de champ plus riche à exploiter ; la première clinique de M. Raymond en est la preuve.

La première malade présentée est une jeune fille atteinte d'un *tic de négation* qui alterne avec des crises, des contractures et des tremblements hystériques. Ce tic doit avoir une cause psychique qui sera recherchée et permettra d'appliquer un traitement efficace à cette affection. Une autre jeune fille, brusquement atteinte de *sclérose en pla-*

ques, apparue sous forme de paraplégie spasmodique, vient ensuite. Deux *ataxiques*, porteurs l'un d'un *pied tabétique* avec arthropathie à la base du gros orteil, l'autre du *pied bot tabétique* avec arthropathie de l'articulation tibio-tarsienne, permettent un intéressant et instructif parallèle. Enfin l'exposition d'un cas d'*œdème blanc hystérique* de la main chez une jeune fille et d'un cas de *rhumatisme déformant* chez une petite fille clôture la première leçon du Maître, qui saura conserver à l'Ecole de la Salpêtrière la réputation universelle qu'elle avait acquise avec Charcot.

Clinique chirurgicale. — M. le Pr Duplay.

Mardi matin à 9 heures et demie, M. le Pr Duplay commençait à l'Hôtel-Dieu son cours de clinique chirurgicale, au milieu d'un très nombreux auditoire composé des étudiants en cours d'études à l'Hôtel-Dieu et anciens élèves venus pour entendre la parole facile et élégante de leur maître.

M. Duplay profite de la présence dans les salles de la clinique de deux malades atteints de *coxalgie* pour faire l'*étude* de cette affection si commune de la coxotuberculose. Son étude, très claire, qu'il dépouille à dessein de toutes les notions qui, dans les livres encombrent les questions osseuses et articulaires, telles que les mensurations, est rendue plus nette encore par la démonstration sur le squelette et sur le tableau. Tous les élèves qui veulent s'instruire plus agréablement et d'une façon plus durable que par l'étude du livre suivront avec fruit ces élégantes leçons.

Notons, en terminant, la mauvaise organisation de la salle de cours où l'on n'accède que par une seule porte donnant sur un escalier déjà encombré, alors qu'une autre porte restant fermée aurait permis à de très nombreux étudiants, qui se sont retirés faute de place, de pouvoir suivre le cours du Pr Duplay.

Cours de Clinique Ophtalmologique. M. le Pr Panas.

La semaine dernière avait lieu l'ouverture du cours de clinique ophtalmologique de M. le Pr Panas. C'est par un sujet d'actualité qu'il a débuté : *traitement de la myopie progressive par l'extraction du cristallin.*

Cette question est de date assez récente; mais M. Panas, avec sa compétence habituelle, en a refait l'historique et, comme pour beaucoup d'autres choses que l'on croit nouvelles, il a démontré que le premier travail sur ce mode de traitement de la myopie remonte à plus d'un siècle. Depuis lors, à de rares intervalles, quelques auteurs en ont fait mention. Le mouvement en faveur de ce moyen thérapeutique ne s'est réellement dessiné que depuis les publications de Fukala, qui, en 1889, apporta plusieurs observations probantes, qui ont été suivies d'un grand nombre d'autres fournies par des auteurs français et étrangers. En France, M. Panas cite M. Vacher, qui a fourni de nombreux documents intéressants en 1891 ; mais il ne cite pas le mémoire publié en 1888 par MM. Ruiz et Kœnig, où ces auteurs faisaient valoir les avantages de ce traitement chirurgical de la myopie et terminaient en faisant un appel pressant en faveur de l'emploi et de la divulgation de cette méthode. Parlant de ce qu'on peut attendre sur ce nouveau traitement, M. Panas dit qu'il ne doit être employé que si la myopie dépasse 16 dioptries et si l'acuité visuelle est satisfaisante. Pour lui, l'âge le plus favorable est entre 10 et 30 ans.

Les résultats optiques sont ensuite étudiés et comparés avec un soin scrupuleux. L'extraction du cristallin peut aller jusqu'à enlever 23 degrés de myopie, et, plus il y a de réfraction, plus l'extraction en enlève. Le professeur rappelle que l'opération doit être précédée de l'opacification du cristallin par discision, et que l'iridectomie doit être généralement écartée. En résumé, cette cure chirurgicale de la myopie entre dans la pratique courante, et elle est appelée à rendre de grands services.

C'est aux applaudissements d'un auditoire nombreux que les dernières paroles du professeur ont été accueillies. Vétérans et jeunes de l'ophtalmologie ne manqueront pas de suivre ces leçons faites avec autant de simplicité que de grandeur.

Son enseignement, empreint d'une profonde érudition et d'une probité scientifique que bien d'autres pourraient envier, a de féconds résultats, et nombreux déjà est la phalange des jeunes ophtalmologistes à qui la parole sage et persuasive du grand maître a inspiré l'ardente vocation, Les leçons magistrales sont suivies de séances opératoires où l'on peut puiser les éléments précieux d'une pratique habile et raisonnée.

Clinique médicale. — M. le Pr Dieulafoy.

M. le Pr Dieulafoy a inauguré son cours de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, devant un auditoire aussi nombreux que choisi, auquel étaient venus s'adjoindre les Prs Potain, Berger, Pinard, Landouzy, Debove, Pozzi, Hutinel, Brissaud, etc., et nombre d'autres cliniciens. C'est avec émotion que le savant professeur a évoqué le souvenir des deux grands médecins auxquels il succède. D'abord Germain Sée, dont il a défini le talent, puis Trousseau, le grand clinicien, dont il se fait gloire d'avoir été l'élève. M. Dieulafoy a fait revivre la grande figure du disciple de Bretonneau, en citant des pages entières de ses célèbres cliniques de l'Hôtel-Dieu.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Xe Session de Paris (19-26 *Octobre* 1896) (1).

Séance du Mercredi 21 octobre (matin) (suite).

M. Souligoux. — *Du mécanisme des fractures des malléoles.* — Les fractures des malléoles, de cause indirecte, se produisent dans les mouvements forcés du pied soit en dehors, soit en dedans. Ces mouvements se combinent toujours avec un mouvement de rotation en dehors ou en dedans. Rotation en dedans pour l'adduction, rotation en dehors pour l'abduction. Tous les auteurs (Maisonneuve, Tillaux), admettent que dans le mouvement forcé d'adduction avec rotation en dedans, la fracture se produit par arrachement. M. Tillaux a fait justice de la théorie de divulsion émise par Maisonneuve. J'ai voulu étudier comment, une fois, une malléole brisée, se fracturait, la seconde malléole donnant ainsi lieu à la fracture bimalléolaire. La théorie admise est celle-ci. La malléole interne étant brisée, l'astragale vient presser par toute sa face externe sur la malléole externe et la brise. Les faits se produisent en sens inverse si la malléole externe est brisée la première. Je crois qu'il en est tout autrement comme le montrent les pièces que je présente. Soit, par exemple, un arrachement de la malléole interne, l'astragale suivant le mouvement du pied, s'incline légèrement en dedans et s'écarte du tibia par son bord interne et sa face supérieure. Son bord externe devient supérieur et répond à l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Si l'on songe que le plus souvent un homme qui se casse les malléoles est debout, on voit que, dans cette situation, tout

(1) Voir *Progrès médical*, nos 43, 44 et 46.

le poids du corps est supporté par le bord externe de l'astragale et l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Les ligaments péronéo-tibiaux se brisent ou bien arrachent leurs surfaces osseuses sur lesquelles ils s'insèrent. Le résultat est le même, il se produit un diastasis de cette articulation. Le péroné, repoussé en dehors par l'astragale qui tend à se placer entre lui et le tibia, se brise au point où il est le moins fort et le moins soutenu, c'est-à-dire à cinq ou six centimètres de la pointe de la malléole. Si la malléole externe est brisée dans le mouvement d'adduction et rotation en dedans, l'astragale, suivant le mouvement du pied, s'incline en dehors, sa surface articulaire supérieure au lieu de regarder en haut, regarde en bas et en dehors. Le bord interne devient supérieur et répond à la base de la malléole. Tout le poids du corps porte donc sur le bord interne de l'astragale et sur un point très limité du tibia. Il en résulte un éclatement de cette malléole à sa base.

Séance du Mercredi 21 octobre (soir).

M. Ch. Girard (de Berne). — *Du traitement des diverticules de l'œsophage.* — La dysphagie considérable qui caractérise cette affection s'aggrave d'habitude peu à peu, souvent jusqu'à un point tel que la déglutition devient impossible et que la mort survient par inanition. On a essayé de la traiter par divers procédés.

A. *Traitement non opératoires* : 1° *le sondage régulier* n'est guère qu'un simple palliatif, souvent inexécutable dans les cas avancés, et n'empêche que rarement l'aggravation du mal. (Derkhau a publié cependant une observation d'après laquelle le sondage régulier pendant plusieurs mois aurait amené une quasi-guérison qui se maintenait encore après plusieurs années).

2° *Déglutition dans la position couchée.* (Neukirch a vu, dans un cas, la déglutition, presque impossible dans la position verticale, devenir aisée dans le décubitus dorsal. Au bout de quelques mois, pendant lesquels les repas furent toujours pris dans cette dernière position, la déglutition redevint assez facile dans la position assise).

B. *Traitements opératoires* : 1° *gastrostomie* Peut être indiquée dans certains cas (diverticules siégeant à la portion thoracique de l'œsophage) où une opération ne peut être tentée sur le diverticule lui-même. La gastrostomie permet l'alimentation et peut donner une amélioration du diverticule qui n'est plus distendu par les aliments. (Whitehead a vu, deux ans après l'exécution de la gastrostomie chez un malade, la déglutition redevenir facile. Cependant, il y eut récidive peu à peu, et deux ans plus tard, le malade succomba par inanition, la fistule gastrique non utilisée s'étant refermée et n'ayant pas été rétablie).

2° *Résection du diverticule.* Applicable aux cas les plus fréquents où le diverticule siège à la portion cervicale, pratiquée par Nicoladoni, Dergmann, Kocher, Dayer, Kœnig, Randach, Nichauss. Cette méthode a fourni des résultats remarquables, mais est loin d'être sans dangers (hémorrhagies secondaires par occlusion de gros vaisseaux, phlegmons du cou et du médiastin). Sur onze observations publiées jusqu'ici ou qui m'ont été communiquées personnellement, il y a trois cas de mort; dans trois autres cas, la guérison n'a été obtenue qu'au bout de trois à quatre mois (suppuration, fistules). La résection du diverticule expose aux mêmes dangers que l'œsophagotomie externe pour extraction de corps étrangers (statistique de G. Fischer sur l'œsophagotomie externe : 26 pour 100 de morts sur 108 cas).

3° *Invagination du diverticule.* J'ai tenté d'éviter les dangers provenant de l'ouverture de l'œsophage en invaginant simplement le diverticule dans l'œsophage et en oblitérant le sac, ainsi retourné, par deux ou trois étages de sutures en bourse au catgut au fur et à mesure de la réduction. Le diverticule invaginé était par là réduit à un bourrelet solide proéminent assez peu dans l'œsophage et je comptais sur l'atrophie graduelle de ce bourrelet. J'ai opéré par ce procédé deux malades. Le succès dans les deux cas a été complet. Après l'invagination et l'oblitération du sac retourné, suture partielle et drainage de la plaie du cou avec de la gaze iodoformée. Les premiers jours, alimentation par la sonde à demeure passant par une narine. Après l'extraction de la sonde, la déglutition, encore un peu laborieuse, s'améliora bientôt; le bourrelet proéminent s'atrophia assez rapidement. La déglutition redevint bientôt tout à fait normale. Ce procédé, que j'ai imaginé, ne convient évidemment que pour les diverticules de calibre et de longueur modérés. Pour les diverticules anciens, volumineux, en forme d'ampoule, la résection sera, en général, préférable.

M. Péan. — *Chirurgie de l'estomac.* — L'auteur a eu l'occasion d'intervenir une douzaine de fois par la gastrectomie, soit pour cancer, soit pour ulcère, soit pour rétrécissement cicatriciel du pylore. Cette série lui a donné huit guérisons et et quatre morts. Pour ce qui est du cancer, en particulier, M. Péan pense que quand c'est possible, il faut enlever avec le pylore les autres parties cancéreuses de l'estomac. Dans ces cas, quand le néoplasme est très étendu, M. Péan enlève les parties malades, ferme les deux cavités et les anastomoses ensuite, avec le bouton de Murphy si c'est possible.

M. Fontan (de Toulon). — *Sur une nouvelle opération de gastrostomie* (*Procédé valvulaire*). — Il s'agit d'un cas de gastrostomie nécessité par un cas de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, avec inanition. Afin d'éviter les accidents de corrosion, infiltration des téguments, etc., dus à l'épanchement du suc gastrique, et tous les procédés compliqués, obliques, en deux temps, etc., par lesquels on a cherché à y remédier, l'auteur a combiné l'opération suivante qu'on peut appeler le *procédé valvulaire.* 1° Incision épigastrique ordinaire. 2° Saisie de la paroi stomacale avec une pince à dents de souris, et traction de cette paroi de façon à la faire hernier quelque peu. 3° Fixation en couronne de cette paroi exubérante. 4° Refoulement, en dedans, d'un pli de l'estomac, sur lequel la pince reste fixée; et suture séro-séreuse des deux extrémités de ce pli valvulaire. 5° Ponction, au fond de la valvule ainsi créée, à l'aide d'un bistouri étroit glissé à la place de la pince; mise en place de la canule. La canule se trouve ainsi engainée dans une valvule en mitre d'évêque, formée par le refoulement des tuniques stomacales, et l'adossement de la séreuse à elle-même. Ce procédé a fourni un succès complet, tant au point de vue de la réussite immédiate, sans épanchement de suc gastrique, que des suites éloignées.

M. Chaput. — *Un cas de pylorectomie pour cancer de l'estomac au début. Guérison.* — J'ai opéré, le 18 juillet dernier, un malade envoyé par MM. Mathieu et Toupet. Ce malade, âgé de 51 ans, présentait des signes évidents de sténose gastrique; vomissements abondants, fétides, survenant toutes les nuits. En outre, évacuation par la sonde gastrique d'une grande quantité de liquide fétide, le matin à jeun. L'état général était bon, pas de signes de cancer. La laparotomie médiane révèle un anneau néoplastique au pylore; après résection de cette masse, fermeture en cul-de-sac de l'estomac et du duodénum par une suture à deux étages. J'établis ensuite une gastro-entérostomie entre la première anse du jéjunum et la face antérieure de l'estomac. Je fais un grand pli à l'estomac au moyen de deux grandes pinces courbes; j'incise ce pli, je borde l'orifice d'un surjet à la soie. J'introduis mon bouton dans l'incision et je noue le surjet au fond de la gouttière du bouton. Même manœuvre sur l'intestin. A travers les parois stomacales et intestinales, je rapproche les bords de la gouttière du bouton, ce qui me dispense d'un second étage de sutures. Guérison très simple. Le malade va très bien, il a complètement cessé de vomir et a augmenté de 19 livres depuis l'opération. L'examen histologique a montré une hypertrophie musculaire du pylore, avec une petite ulcération de la muqueuse. Sur un des bords de cette ulcération, on constate un petit îlot microscopique de tubes d'épithélium pavimenteux, métatypique, lésion caractéristique du cancer d'après M. Toupet. Il y a lieu d'insister sur les points suivants : bénignité d'une opération précoce; simplicité et rapidité extrême de la gastro-entérostomie avec mon bouton. Probabilité en faveur de la non récidive d'un noyau cancéreux, non encore visible à l'œil nu.

M. Doyen (de Reims). — J'ai l'un des premiers recommandé la gastro-entérostomie pour la guérison des cas invétérés d'ulcère et d'hyperchlorhydrie. Les résultats éloignés, dont certains datent de plus de quatre ans, sont excellents et d'autant

plus satisfaisants que l'évacuation de l'estomac est plus parfaite. Les malades mangent de tout, et à l'exception de 2 ou 3 cas où un léger changement de direction post-opératoire de l'anse jéjunale et la mauvaise situation de l'orifice à la face antérieure du réservoir gastrique est la cause d'une stagnation relative des ingesta et de malaises fréquents, les opérés jouissent d'une santé parfaite et « ne sentent pas leur estomac ». Nos opérations pour les lésions de l'estomac sont actuellement au nombre de 94, dont 14 simplement exploratrices, 25 pour cancer et 55 pour ulcère ou hyperchlorhydrie, donnant pour ces derniers, nos derniers cas compris, une statistique intégrale de 20 p. 100 d'insuccès. Actuellement, nous obtenons aisément des séries de 8, 10 ou 12 guérisons consécutives. La question est donc jugée au point de vue des résultats thérapeutiques et notre opération commence à ne plus soutenir les critiques du début et à être acceptée des chirurgiens les plus compétents. Le manuel opératoire seul est sujet à la discussion. Or, d'après mes observations, jamais, à part un de mes premiers cas de suture en raquette, nos sutures ne sont cordées. Nous ajouterons que depuis longtemps, nous n'employons que 2 plans de suture au lieu de 3. A part le choc, qui entre en ligne de compte chez les malades très faibles, les coudures et la mauvaise direction du jéjunum, après la rétraction de l'estomac, sont donc les causes principales d'insuccès. Nous pensons donc qu'il faut attacher un soin particulier à disposer l'anse jéjunale descendante de manière à ce que, dans aucune situation, il ne peut se produire de reflux dans le duodénum. Et, dans ce but, nous ne saurions trop préconiser l'ingénieuse suture en Y de M. le Dr Roux, de Lausanne. Quant au bouton de Murphy, nous le trouvons, comme tous les boutons analogues, y compris les plaques de Sem, absolument défectueux. Nous portons le même jugement sur l'entéro-anastomose par sphacèle, qui n'a même pas le mérite d'être un procédé nouveau et a déjà été préparé, avec quelques modifications de détail, à l'étranger. L'avenir jugera, mais nous ne pouvons que taxer de puérile et de rétrograde une méthode d'entéro-anastomose basée sur la crainte chimérique d'ouvrir au cours de l'opération le calibre de l'intestin.

M. Hartmann. — *Du rétrécissement cicatriciel du pylore consécutif aux brûlures: son traitement par la gastro-entérostomie.* — A la suite de l'ingestion dans l'estomac de liquides caustiques, la mort rapide est la terminaison habituelle (17 fois sur 25 cas, d'après Gehle). Quelques malades survivent cependant. On voit alors se développer une sténose cicatricielle du pylore à marche rapide. C'est ce que nous avons observé chez un malade que nous avons eu à soigner en décembre 1894. Cet homme, âgé de 50 ans, avait absorbé, le 2 août, un demi-verre d'acide chlorhydrique. Après une période d'accidents bruyants (douleurs, vomissements, diarrhée), il avait eu le 12e jour une gastrorrhagie avec état syncopal. Puis tout avait paru momentanément s'arranger. Mais bientôt, douleurs, vomissements, amaigrissement progressif l'obligèrent à entrer dans le service du professeur Hayem. En présence de la cachexie progressive,ce dernier conseilla au bout de quelque temps une opération chirurgicale. Le 3 janvier 1895, nous pratiquons la gastro-entérostomie antérieure avec double surjet à la soie. L'estomac est rigide et piqueté de rouge, néanmoins les fils ne coupent pas. Dès le lendemain, nous donnons à notre opéré un demi-litre de lait et une demi-bouteille de champagne; le septième jour, nous commençons les œufs, puis l'alimentation solide, et la guérison survient sans incident après 1 mois 1/2. Après l'opération, le professeur Hayem a étudié la digestion gastrique de notre opéré et a pu constater l'accomplissement d'une véritable digestion stomacale. Aujourd'hui, 22 mois après l'opération, il se porte et digère parfaitement. En pareil cas, d'autres chirurgiens ont eu recours à la pyloroplastie. Tel un chirurgien russe, Kadiane, qui l'a pratiquée 3 fois. Une de ses malades est morte, la pyloroplastie ayant été pénible, le rétrécissement n'ayant pu être franchi que par un cathétérisme rétrograde pratiqué de l'intestin vers l'estomac. Une autre de ses trois opérées commençait, 9 mois après, à avoir des troubles gastriques.

Au contraire, les malades traités par la gastro-entérostomie sont restés guéris. Tels les faits rassemblés par Kœllner, tel celui récemment présenté à l'Académie de médecine par notre collègue Lejars. La gastro-entérostomie nous semble indiquée dès que le diagnostic de sténose cicatricielle est posé. Comment la pratiquer? Je crois que la gastro-entérostomie antérieure est le procédé le plus simple. Après avoir employé le bouton de Murphy, je suis revenu au double surjet à la soie, fait avec une aiguille de couturière maniée directement à la main. Dans ces derniers temps, on a tenté de faire revivre ici même, en les modifiant quelque peu, les vieux procédés de gastro-entérostomie en deux temps préconisés par Pentsnikow, par Bastinelli. Nous croyons que les chirurgiens qui font très simplement et très rapidement un surjet imperméable, réunissant par première intention muqueuse à muqueuse, n'iront pas s'embarrasser d'un procédé qui ne permet pas l'alimentation immédiate et qui donne une eschare, par conséquent une plaie suppurante, peut-être susceptible, en cas de guérison, de subir une rétraction cicatricielle ultérieure.

M. Monprofit cite un cas où après avoir fait l'ablation de la virole cicatricielle du pylore, il sutura la muqueuse comme après la pyroloplastie.

M. Gueillot (de Reims). — *Symphyse de l'estomac.* — Après avoir cité deux cas d'adhérences fixant l'estomac aux organes voisins, il conclut que la symphyse stomacale qui succède le plus souvent à un ulcère peut aussi être d'origine traumatique; l'opération peut devenir nécessaire quelques mois ou plusieurs années après l'accident primitif. Le principal symptôme est une douleur survenant pendant la digestion et s'accompagnant bientôt de vomissements et d'un amaigrissement rapide. L'estomac se dilate comme le cœur dans la symphyse cardiaque; il peut s'abaisser ici ainsi que le côlon transverse. Les adhérences sont en nappe difficiles à détacher; elles peuvent s'épaissir et simuler un néoplasme malin. Leur destruction est toujours suivie d'une amélioration rapide; malheureusement la récidive est fréquente. On pourra quelquefois, par une hépatopexie, éloigner les surfaces cruentées, et on devra remédier aux lésions secondaires par des opérations appropriées (dilatation du pylore, gastropexie, etc.).

M. Souligoux. — *Entéro-anastomoses par cautérisation.* — L'auteur expose son procédé d'entéro-anastomose tel qu'il l'a décrit, il y a quatre mois, à la Société de Chirurgie, et qui est basé, comme on le sait, sur l'écrasement, à l'aide d'une pince, des parties à aboucher, qu'on entoure d'un surjet après les avoir cautérisées avec de la potasse caustique. Ce procédé a donné à M. Souligoux des résultats excellents dans dix cas où on l'a employé chez l'homme. Il décrit en même temps un procédé de cholécystentérostomie qui permet de créer artificiellement une ampoule de Vater.

M. Doyen (de Reims) proteste, au nom des principes modernes de la chirurgie abdominale, contre le procédé de M. Souligoux.

M. Picqué, qui a vu M. Souligoux opérer sur des malades de son service, trouve son procédé très recommandable.

M. Chaput, qui a perfectionné le procédé de M. Souligoux, déclare que ce procédé donnera de merveilleux résultats.

M. Kocher (de Berne) a fait jusqu'à présent 24 pylorectomies avec gastro-entéro-anastomose suivant son procédé personnel. Sur ce nombre, il n'a eu que 4 morts. Six opérations datent de dix-huit mois, et depuis l'intervention, il ne s'est pas produit de récidive. En outre, dans trois cas, on peut parler d'une guérison définitive, puis la récidive se fait attendre dans ces cas depuis deux ans, trois ans et demi et huit ans. Dans aucun des cas, le chimisme stomacal ne s'était rétabli. Malgré cela les malades mangent et digèrent tout. Il semble donc que le rétablissement des fonctions motrices suffit à lui seul pour assurer le bon fonctionnement de l'estomac. D'après M. Kocher, les cas de guérison radicale seraient infiniment plus nombreux si ces malades étaient opérés dès le début.

M. Roux (de Lausanne) partage entièrement l'opinion de M. Doyen sur l'opportunité des interventions chirurgicales dans les affections non cancéreuses et non ulcéreuses de l'estomac. Comme lui encore, il se prononce très résolument contre le bouton de Murphy en faveur de la suture qui permet d'alimenter les malades immédiatement après l'opération et de les sauver de la mort par inanition. Comme procédé opératoire, M. Roux préconise la gastro-entérostomie en Y,

qui demande peut-être un peu plus de temps, mais permet d'éviter la coudure qui cause tant d'ennuis.

M. MONPROFIT préfère aussi la suture au bouton de Murphy.

M. DELAGÉNIÈRE a eu des accidents dans trois cas où il a employé soit le bouton de Murphy soit celui de Chaput. Aussi, depuis cette époque, a-t-il complètement renoncé au bouton de Murphy.

M. CHAPUT. — En dépit des attaques dirigées contre sa méthode, l'auteur la préfère à cause de sa rapidité et de l'absence de rétraction cicatricielle ultérieure.

M. DOYEN. — La longue durée de l'opération est une objection que je rejette. Je ne mets jamais plus d'une heure un quart pour exécuter tous les temps de l'opération et j'ai l'avantage d'une suture à trois plans immédiatement constituée.

M. DEMONS (de Bordeaux). — *Contusions de l'abdomen.* — L'auteur, en s'appuyant sur l'étude de plusieurs observations personnelles, se prononce en faveur de l'intervention chirurgicale dans les cas de contusions violentes de l'abdomen et de plaies pénétrantes par instruments tranchants. Il cherche à démontrer, par un certain nombre d'exemples tirés de sa pratique, depuis un an, que par l'abstention on peut obtenir quelques succès, les insuccès sont bien plus fréquents, tandis que par une prompte intervention on peut espérer sauver un grand nombre de blessés.

M. le Dr DEPAGE (de Bruxelles). — *Quelques considérations sur la technique et les indications de la résection du rectum en cas de cancer.* — Expose sa technique pour la résection du rectum en cas de cancer. 1° Position gynécologique de façon à donner au bassin une direction verticale. Incision médiane sur la face postérieure du bassin et résection du coccyx avec une ou deux vertèbres sacrées en cas de nécessité. 2° Dégagement du rectum en ayant soin de laisser adhérent à l'intestin le plus de tissu cellulaire et péritoine possible afin de conserver l'artère hémorrhoidale supérieure et de ne pas compromettre la nutrition du bout supérieur et d'enlever en bloc le cancer avec les ganglions lymphatiques atteints par la maladie. 3° Fermeture de la cavité péritoniale immédiatement après le dégagement de l'intestin et résection du néoplasme. 4° Abaissement du bout supérieur jusqu'à l'anus après l'avoir invaginé dans le bout inférieur, même pour les cancer très élevés. La gangrène du but supérieur n'est pas à craindre si l'on conserve intacte l'hémorrhoidale supérieure. Dans un cas cependant, la gangrène se produit, mais l'observation dans laquelle cet accident est survenu vient précisément à l'appui de la manière de voir de M. Depage. Après élimination de la partie nécrosée, il est allé dans une seconde opération à la recherche du bout supérieur à pu abaisser celui-ci jusqu'à l'anus sans compromettre cette fois sa natrition. 5° Tamponnement ou suture de la plaie en étages. M. Depage ne pratique pas, en génétal, l'anus iliaque préventif. Il n'admet cette opération en tant qu'opération préliminaire que dans deux conditions : 1° S'il y a urgence et que l'état du malade est sérieusement compromis; 2° si le cancer est tellement étendu que le sacrifice du rectum est indispensable. *Résultats* : Sur dix opérations, deux décès. Des huit malades guéris, un servit depuis trois ans et demi, un autre depuis un an et demi, deux sont morts de récidive un an après l'opération ; les autres sont opérés trop récemment pour entrer en ligne de compte. M. Depage croit comme d'ailleurs la plupart des chirurgiens français, que la récidive est plus tardive et plus rare pour le cancer du rectum que pour tout autre cancer. *Indications* : Au début de la maladie, la cure radicale s'impose. Plus tard, les ganglions sont entrepris, cure radicale anus iliaque préliminaire ou dérinitif suivant l'état général du malade. Plua tard encore, quand l'extirpation du rectum est impossible, anus iliaque définitif.

(*A suivre.*) LOMBARD.

FÊTES FRANCO-RUSSES ET LES MÉDECINS. — On mande de Caen que M. le Dr Turgis, sénateur, président du Conseil général du Calvados, a reçu de M. de Mohrenheim une lettre où l'ambassadeur de Russie, au nom de l'empereur Nicolas II, remercie le Conseil de ses hommages de bienvenue auxquels ce dernier a été très sensible.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 novembre 1896.

Sur un nouveau ferment du sang.

M. HANRIOT, considérant que la graisse est la seule réserve importante hydro-carbonée, a recherché comment les réserves graisseuses pouvaient être remises en circulation et utilisées par l'organisme. Il fait remarquer que les graisses sont très peu attaqués par le carbonate de sodium à la température du corps, et qu'il n'est ainsi pas possible que la faible alcalinité du sang suffise à les saponifier. Il a donc cherché si le sang ne contiendrait pas un ferment capable de réaliser cette attaque. Les graisses naturelles se prêtant mal à cette étude, M. Hanriot s'est adressé à un éther facilement émulsionnable par le suc pancréatique, la monobutyrine, découverte par M. Berthelot. A l'aide de ce réactif, il a pu suivre la marche de la saponification, lorsqu'elle a lieu en titrant au carbonate de sodium l'acide butyrique mis en liberté. Il a d'abord constaté que le sérum du sang saponifie très activement la monobutyrine, quand la solution est neutre ou légèrement alcaline ; mais que cette saponification se ralentit si l'on n'a pas soin de saturer au fur et à mesure l'acide mis en liberté.

Il a pu voir également que l'acidité croît régulièrement avec la quantité de sérum employé, ce qui permet de comparer entre elles les activités des divers sérums, et par suite, leur richesse en ferment. Pour bien établir qu'il s'agit d'une véritable fermentation diastasique, il a opéré aseptiquement de manière à écarter l'influence des ferments figurés. D'ailleurs, l'acidité n'apparaît pas dans les tubes témoins contenant, l'un de la butyrine seule à la même dilution, l'autre du sérum seul, ni lorsqu'on porte le sérum à 90° pour détruire la diastase. Il a vérifié que les huiles et graisses naturelles sont également saponifiées par le sérum, quoique l'action soit plus lente et ne puisse être suivie aussi aisément et, de plus, que l'air n'intervient pas dans le phénomène. Ce ferment, pour lequel il propose le nom de *lipase*, est très stable ; il persiste dans le sérum pendant fort longtemps, et se montre aussi actif au bout de huit jours qu'au début de l'expérience. M. Hanriot en conclut que la présence de la *lipase*, partout où il y a une réserve graisseuse à utiliser, aussi bien dans les végétaux que dans les animaux, montre que les phénomènes de la dénutrition semblent, chez les animaux et les plantes, s'exercer comme ceux de la digestion par l'intermédiaire des ferments solubles.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 14 novembre 1896. — PRÉSIDENCE DE M. CHARRIN.

M. FÉRÉ rapporte un cas de *dysgraphie émotionnelle.* C'est l'observation d'un homme habitué à écrire plusieurs heures par jour, qui est pris surtout depuis quelque temps de dysgraphie momentanée ; maladie distincte de la crampe des écrivains par ce caractère important que la répétition de l'effort la fait cesser.

M. MAUREL adresse une note sur l'*action de l'eau distillée* sur les éléments figurés du sang du lapin. Il a constaté que l'hémoglobine des hématies était rapidement dissoute, et ces hématies altérées. Les leucocytes résistent plus longtemps.

M. PARRIOT DE GALLOIS (de Lyon) (Note transmise par M. CHARRIN) étudie la nature du *chloroma d'Aran*, d'après une observation personnelle, et pense qu'il faut en faire une variété maligne de tumeurs lymphoïdes symétriques des orbites, car dans son cas le foie du sujet présentait les lésions de la leucocythémie, fait qui avait été noté soit pour le foie, soit pour la rate dans plusieurs observations étrangères relatées par l'auteur.

M. FÉRÉ analyse une note sur l'*orientation et l'allure du développement de l'embryon du Canard.* Ayant pratiqué aux œufs des fenêtres recouvertes d'une lamelle de verre, il a trouvé que chez le canard les déviations de l'axe de l'embryon étaient de 75 0/0, tandis que les embryons de poulet ne présentent cette élévation que 23 0/0.

M. Hanriot expose ses recherches sur *un ferme t saponifiant les graisses.* (Voir *Acad. de Méd.*).

M. Boucheron a essayé le *sérum antistreptoccique de Marmorek* dans un cas de dacryocystite purulente rebelle à streptoccoques et dans plusieurs autres streptococcies oculaires. Les injections hypodermiques lui ont en général donné de bons résultats. Il rapporte un cas rebelle ; il s'agissait d'un phlegmon du sac datant de 14 mois, qui fut amélioré par ce procédé. Il insiste sur la valeur des indications préventives qui empêcheront ces cas rebelles de se produire.

M. Muissey a étudié, au laboratoire de M. Bourquelot, des recherches sur *la maltase de l'Aspergillus niger.* La maltase, étudiée par M. Bourquelot dans la levure de bière, est influencée par le chloroforme qui ralentit, puis supprime son action. Il s'agissait de savoir si les maltases d'autres champignons possédaient des propriétés analogues ; et les recherches de M. Muissey lui ont montré que celle de l'aspergillus n'était, au contraire, pas sensiblement influencée par le chloroforme.

MM. Bergonié et Langlois envoient la description d'un *appareil pour l'étude des combustions respiratoires de l'homme.*

M. Marinesco. — *Sur les phénomènes de réparation dans les centres nerveux après la section des nerfs périphériques.* — L'expérience a démontré que, après la section d'un nerf, il se produit une réaction à distance dans son centro, mais on ignore presque complètement la marche ultérieure de ces modifications des cellules nerveuses, c'est-à-dire la phase de *restitutio ad integrum.* Pour étudier cette question, j'ai coupé l'hypoglosse chez plusieurs lapins et laissé les animaux vivre de 24 à 90 jours. Si la réunion des deux bouts phériphériques n'est pas entravée d'une façon quelconque, les phénomènes de réparation des cellules nerveuses sont très nets *au bout de 24 jours.* Le noyau de l'hypoglosse coupé so distingue facilement à un faible objectif du noyau correspondant à l'hypoglosse intact. On remarque dans le premier, deux modifications intéressantes des cellules nerveuses, d'une part l'*augmentation de volume,* d'autre part, sa *coloration plus intense* par suite de l'hypertrophie des éléments chromatophiles. Le noyau est plus ou moins excentrique et les prolongements protoplasmiques commencent à se garnir d'éléments chromatophiles. Ceux-ci se présentent assez souvent sous la forme de filaments remplissent dans quelques cellules, tout le proloplasma; dans d'autres, elles sont disposées autour du noyau et alors la couche périnucléaire est très colorée, quelquefois il existe une zone claire entre la couche phériphérique et périnucléaire constituées par les éléments chromatophiles. Au bout de 90 jours, l'hyperthrophie des cellules se maintient encore et la cellule nerveuse se trouve dans état de pyénomorphie évidente. A toutes les périodes de réparation on trouve que le nombre des cellules dans le noyau normal est *plus considérable* que dans le noyau de voie de réparation, ce qui revient à dire que les cellules de celui-ci gagnent en volume ce qu'elles perdent en nombre. La Société se forme en comité secret. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 novembre. — Présidence de M. Hervieux.

La tuberculose chez les petits animaux.

M. Cadiot insiste sur la fréquence de la tuberculose chez le chien. Depuis 1891, il n'a pas fait à Alfort moins de 205 autopsies de chiens tuberculeux. Le poumon était affecté dans 158 cas, le foie dans 119. La plèvre est très souvent atteinte. Sur 50 observations de pleurésies, 41 sont tuberculeuses, fait conforme aux données de M. Landouzy chez l'homme. Le pelage nasal, les fistules tuberculeuses ne sont pas rares et peuvent être cause de contagion. Sur 9 chats tuberculeux, 2 avaient des fistules suppurantes. Mais c'est surtout chez les perroquets que ces abcès cutanés sont fréquents. Dans ses recherches avec MM. Gilbert et Roger, M. Cadiot a prouvé que, inoculée à divers animaux, la tuberculose de ces oiseaux se comporte absolument comme la tuberculose des mammifères ; que les caractères histologiques des lésions de ces tuberculoses sont semblables ; que la tuberculose des mammifères, en général inoffensive pour les gallinacés, s'inocule très facilement aux psittacés; enfin, nous avons fait connaître des cas authentiques de transmission de la tuberculose de l'homme à la perruche. Ces bacilloses étant identiques, les ulcères tuberculeux externes des perroquets et des perruches constituent évidemment, tout comme ceux du chien et du chat, des foyers d'infection qui peuvent être dangereux pour l'homme.

Influence des états pathologiques sur la chloroformisation.

M. Reynier étudie la réaction spéciale que présentent sous le chloroforme les alcooliques, les épileptiques, les hystériques, les morphinomanes, les ataxiques. Les crises de delirium tremens, d'épilepsie franche ou partielle, d'hystérie (petite ou grande attaque) peuvent survenir sous l'influence de la chloroformisation. En effet, le chloroforme, excitant les cellules nerveuses, provoque de leur part une réaction qui se traduit par leur mode pathologique habituel. Les morphinomanes agissent différemment, suivant que la morphine les met en état d'excitation ou de dépression ; dans le premier cas, la période d'excitation est plus longue ; dans le second, il faut craindre les attaques syncopales. L'état de la cellule médullaire joue aussi un rôle. Chez les ataxiques peuvent se produire des réflexes généralisés, amenant des arrêts de la respiration et du cœur. Ce n'est pas seulement au début que se montrent ces sortes d'accidents. On les retrouve au réveil. A ce moment, les cellules nerveuses repassent en sens inverse par les mêmes phases qui avaient marqué leur envahissement par l'anesthésie. L'alcoolique, au réveil, se débat ou a un délire loquace, auquel succède l'abrutissement. L'hystérique a des crises d'hystérie convulsives ou syncopales. Ces dernières, si on n'est pas auprès de la malade, peuvent offrir un certain degré de danger, moins grand, il est vrai, que pendant la chloroformisation. Si on a adjoint au chloroforme certaines autres substances, cette syncope peut être très grave. D'où l'obligation de ne jamais quitter un malado, qui a été chloroformisé, avant qu'il n'ait complètement repris connaissance.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 6 novembre 1896. — Présidence de M. d'Heilly.

Troubles attribués à l'hystéro-traumatisme.

M. Catrin a observé un jeune homme qui, à la suite d'un accident, offrit des troubles nerveux qui ne peuvent guère être attribués qu'à l'hystérie. En perforant une plaque métallique, la mèche perforatrice s'échappa et vint le frapper à la joue, pénétrant dans la bouche. Le malade présenta successivement de l'hémiplégie droite, du trismus, de la raideur de la nuque, de l'intolérance gastrique et de violentes douleurs de tête. Il avait la pupille dilatée, ne réagissant plus à la lumière. Les réflexes patellaires étaient exagérés à droite. Ces signes s'atténuèrent; puis brusquement les muscles des membres droits se sont atrophiés.

Accidents dus au vésicatoire chez un enfant.

MM. Comby et Frœnkel signalent des accidents graves de néphrite avec pseudo-méningite provoqués chez un enfant par l'application de deux vésicatoires, laissés durant quatre heures chez un enfant de quatre ans atteint d'une légère bronchite.

Le sérum des albuminuriques.

MM. Widal et A. Sicard ont fait des recherches sur l'opalescence et la lactescence du sérum sanguin chez les albuminuriques. Cette lactescence est due à des corpuscules inertes qui ne se colorent pas par les couleurs d'aniline et ne se dissolvent pas dans l'éther. La force centrifuge ne peut parvenir

à les isoler. Ces corpuscules ne sont pas des corpuscules graisseux; ils offrent une plus grande abondance pendant la digestion, lorsque les malades ont fait un repas exagéré.

Œdème de la glotte.

M. LERMOYEZ cite une observation d'œdème de la glotte ayant nécessité la laryngotomie intercrico-thyroïdienne. La mort de l'opéré prouve que cette opération, plus facile que la trachéotomie, est loin de donner toujours de bons résultats.

J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. CH. MONOD.

Extirpation du rectum.

M. QUÉNU. — C'est à la septicémie à laquelle on est toujours exposé que l'on doit les insuccès d'ablation totale du rectum. Le procédé de Chalot dans ses premiers temps paraît remplir les indications, et l'avenir des opérations sur le rectum réside dans la suppression des dangers de cette septicémie. La combinaison du procédé de Chalot et de Gaudier doit être conservée.

Complications des otites.

M. BRUN. — On ne saurait trop insister sur la fréquence et la gravité de ces complications. Depuis le 1er janvier, j'ai eu quatre fois l'occasion de voir cet accident et trois fois la mort est survenue; une fois le malade n'a été sauvé que parce qu'il avait des accidents de pseudo-méningite. Il y a d'autant plus d'intérêt à connaître ces complications qu'il faut intervenir hâtivement pour obtenir un résultat satisfaisant. Pour peu que l'on soupçonne un abcès du cerveau, il vaut mieux ouvrir ou ponctionner la dure-mère sans trouver de pus, que de voir mourir le malade avant qu'on ait affirmé le diagnostic d'un abcès que l'on trouve à l'autopsie. Demi-coma, ralentissement du pouls, somnolence exagérée, tels sont les symptômes qui entraînent l'ouverture du crâne. Quel procédé employer? Je crois qu'il est plus simple de pénétrer dans le crâne de bas en haut, en profitant de la trépanation de la mastoïde, en faisant sauter très facilement le plafond de l'aditus. Il est indiscutable que c'est le procédé le plus simple pour l'ouverture des abcès du lobe temporo-sphénoïdal. En sera-t-il de même pour les abcès du cervelet? On n'explore qu'une faible partie du lobe antérieur du cervelet. Il me semble qu'en faisant une trépanation sur l'écaille de l'occipital entre la protubérance et la mastoïde, on aurait beaucoup plus de jour et, par suite, moins de chance de laisser échapper une collection souvent difficile à trouver dans le cervelet.

Prolapsus du rectum.

M. NÉLATON a opéré un homme de 60 ans, atteint de prolapsus rectal, par un procédé nouveau. Il a cherché à rendre droite la dernière partie de l'intestin, et a commencé par une laparotomie. Il sectionna entre deux ligatures les méso-iliaques et referma le ventre. Ensuite il incisa circulairement le prolapsus et accrocha l's iliaque, de façon à réséquer 26 centimètres d'intestin, rectum et s iliaque, lequel est parfaitement maintenu et suspendu par le colon descendant fixe.

M. KIRMISSON. — *Double pied bot varus équin et double luxation congénitale de la hanche. Guérison des pieds bots.*

Ordre du jour de la séance du 25 novembre 1896.

Suite de la discussion sur l'*intervention chirurgicale dans les péritonites par perforation intestinale dans la fièvre typhoïde* : MM. BRUN, TERRIER, MONOD.

Rapport sur le *traitement chirurgical des otites moyennes chroniques* (M. Moure), par M. PEYROT.

Communications : 1° *sur un cas de carcinome primitif du foie,* par M. SEGOND.

2° *Sur la valeur de l'amputation du pied par le procédé de Syme,* par M. POTHERAT.

M. B.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 11 novembre 1896. — PRÉSIDENCE DE M. VEBER.

Traitement des coxalgies.

M. BILHAUT fait la critique du traitement des coxalgies. L'extension continue donne de bons résultats, si elle est bien appliquée dans la première période. Dans la seconde période, on doit d'abord donner au membre la rectitude au besoin sous le chloroforme; on immobilise au moyen d'un appareil plâtré; puis on fait l'extension continue. M. Bilhaut montre les photographies d'enfants qu'il a traités et qui ont guéri jouissant de tous les mouvements de l'articulation. L'extension continue a tout avantage à être fait avec des sparadraps caoutchoutés. En résumé, M. Bilhaut conseille dans la première période l'extension continue; dans la seconde, la réduction suivie d'immobilisation, puis d'extension continue; dans la troisième, la résection.

Traitement des épithéliomas par le bleu de méthyle.

M. DU CASTEL a tenté dans les épithéliomas de la face des pansements avec :

Bleu de méthyle	1 gramme.
Alcool	5 —
Glycérine	5 —

Il fait ensuite une application d'acide chromique au 1/5. M. Darier a depuis 5 ans importé cette méthode en France. M. du Castel, avant de faire ces applications, gratte la surface, si l'épithélioma est végétant. Il a modifié le traitement de M. Darier qui demande a être renouvelé tous les trois jours. Il fait les pansements seulement tous les huit jours, mais au lieu de faire des applications liquides après le badigeonnage au bleu de méthyle et à l'acide chromique, il applique une couche de collodion. Souvent M. du Castel alterne les pansements au bleu de méthyle et ceux au naphtol camphré. Cette méthode ne réussit que dans les cas où l'épithélioma n'est pas malin, mais elle donne souvent de bons résultats complets ou partiels dans certains épithéliomas de la face très developpés et partant inopérables.

M. HALLOPEAU n'a pas obtenu les mêmes résultats que M. du Castel; il est vrai qu'il ne s'est pas servi d'acide chromique. Il faut se méfier de l'acide chromique, qui, appliqué en badigeonnages étendus, peut déterminer de graves accidents.

Richesse en alcool des boissons et des préparations pharmaceutiques.

M. YVON développe quelques considérations sur la richesse alcooliques des boissons usuelles et de diverses préparations pharmaceutiques. Une des questions que le médecin pose le plus souvent au malade est celle de savoir si ce malade prend ou non de l'alcool et en cas d'affirmation il désire en connaitre au moins approximativement la quantité. Il n'est pas toujours facile d'être bien renseigné : pour beaucoup de malade le mot alcool désignant uniquement l'alcool absorbé en nature sous forme de spiritueux, sans tenir compte de celui qui entre dans les boissons fermentées. De ce chef la quantité d'alcool absorbée est bien plus grande qu'on le croit généralement : il est également utile de connaître la quantité d'alcool contenue dans les principaux types de médicaments administrés aux doses thérapeutiques. Pour faciliter les recherches M. Yvon a dressé deux tableaux au moyen desquels le médecin pourra facilement se renseigner. Le premier de ces tableaux contient la quantité ou poids des diverses boissons spiritueuses ou médicaments nécessaires pour représenter 66 cent. cubes d'alcool à 100, quantité contenue dans 66 centilitres de vin à 10 0/0. Cette quantité de vin correspondant à une bouteille qui est prise pour unité. Le second tableau indique la quantité d'alcool absolu correspondant avec divers volumes ou poids usuels des boissons et prescriptions médicinales.

En étudiant ces tableaux, il est facile d'évaluer la quantité d'alcool absorbée chaque jour par un adulte en bonne santé, lorsqu'on connait le régime alimentaire qu'il a adopté et voir ensuite dans quelle proportion le traitement médicamenteux peut accroître la proportion d'alcool ingéré. Voici un exemple de régime alimentaire qni n'a rien d'exagéré :

Une bouteille de vin pour les deux repas, soit	66 gr. d'alcool.
— de bière entre les repas, soit	40 —
Un petit verre de cognac après le café, soit	12 gr. 50
	118 gr. 50

Cette quantité d'alcool 118 gr. 50 (correspondant a 237 grammes d'eau de vie) par jour est considérable par rapport à celle représentée par le traitement suivant :

Un verre à Bordeaux de vin de gentiane (rouge) avant chaque repas (deux verres)	15 gr. d'alcool.
Une cuillerée à soupe d'élixir de pepsine après chaque repas (2 cuillerées à soupe ou 6 cuillerées à café.	4 — 40
	19 gr. 40

Cette quantité d'alcool 19 gr. 40 est très faible comparée à celle introduite par l'alimentation ; elle se trouve encore réduite si l'élixir de pepsine est remplacé par d'autres préparations dont la teneur en alcool est plus pauvre, telles que celles de la dernière série. En résumé, si le médecin se trouve en présence d'un malade auquel il juge utile d'interdire l'alcool d'une façon absolue ou simplement en modérer l'usage, il devra tout d'abord s'enquérir du mode d'alimentation habituel de ce malade et évaluer la proportion d'alcool qu'il absorbe de ce chef; il lui sera ensuite facile d'apprécier, en consultant le tableau que nous avons dressé la quantité qui proviendra des préparations pharmaceutiques qu'il jugera utile de prescrire ; cette quantité est toujours peu élevée et le plus souvent négligeable. J. NOIR.

VARIA

Asile national de Vincennes.

Dans le *Numéro des Etudiants*, page 372, nous avons annoncé qu'un concours aura lieu le 3 décembre 1896, au Ministère de l'Intérieur pour des places d'internes à l'Asile national de Vincennes (Saint-Maurice). L'allocation pour la première année est de 1.500 francs, pour la deuxième 1.600 francs et pour la troisième 1.700 francs. On est prié de se faire inscrire au secrétariat de l'Asile. Conditions pour être admis au concours : 1° être Français; 2° il faut exercer ou avoir rempli les fonctions d'externe dans un des hôpitaux de Paris.

Arrêté fixant les conditions du concours pour l'admission aux emplois d'interne en médecine de l'Asile national de Vincennes.

Article premier. — Il est établi un concours pour la nomination aux emplois d'interne en médecine de l'Asile national de Vincennes.

Art. 2. — Sont autorisés à concourir, les étudiants en médecine de nationalité française, âgés de moins de trente ans révolus le jour de l'ouverture du concours, célibataires et pourvus de douze inscriptions de doctorat et ayant exercé les fonctions d'externe dans un des hôpitaux de Paris, qui auront été agréés par le directeur et par le corps médical de l'Asile national. Les docteurs en médecine ne pourront pas prendre part au concours.

Art. 3. — Les candidats qui voudront concourir devront se présenter au secrétariat do l'Asile national pour obtenir leur inscription, en y déposant : 1° Leur acte de naissance : 2° les certificats constatant qu'il remplissent les conditions prescrites par l'article 2 et qu'ils sont de bonne vie et mœurs. La liste des candidats sera close huit jours avant la date de l'ouverture du concours.

Art. 4. — Le jury est composé de MM. les Médecins de l'Asile national auxquels seront adjoints deux membres nommés par nous parmi les médecins inspecteurs généraux des services administratifs, les médecins de l'administration centrale ou des établissements généraux de bienfaisance.

Art. 5. — Sur la proposition du directeur de l'Asile nationale, le jury sera composé par nous et réuni au ministère de l'intérieur toutes les fois qu'il sera nécessaire. Il dressera la liste des candidats admis, qui seront nommés au fur et à mesure des vacances, dans l'ordre de leur classement. Cette liste, certifiée conforme, sera adressée aussitôt après le concours, au directeur de l'établissement par le président du jury.

Art. 6. — La durée de l'internat est fixée à trois ans. Tout interne titulaire est autorisé à se faire recevoir docteur en médecine dans cet intervalle, sans être forcé de quitter ses fonctions, à condition de ne pas exercer ; mais le candidat inscrit sur la liste des admis qui aura passé sa thèse avant d'être titularisé aura ainsi renoncé implicitement à sa nomination.

Art. 7. — Les épreuves du concours seront les suivantes : 1° Une composition écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie. Il est accordé 30 points pour cette épreuve ; 2° une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après quinze minutes de préparation. Il sera attribué 20 points à cette épreuve.

Art. 8. — Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats. Il sera tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury, avant l'ouverture de la séance. Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour tous les candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort comme il est dit ci-dessus. L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de le faire subir à tous dans la même séance ; dans ce cas, les questions sont rédigées par le jury chaque jour d'épreuves, au nombre de trois, avec d'entrer en séance. Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort à l'ouverture de chaque séance.

Art. 9. — Les candidats sont surveillés pendant la composition écrite par des membres du jury. Tout candidat qui s'est servi pour sa composition de livres ou de notes apportés à la séance, ou qui, en lisant sa composition, en a sensiblement changé le texte primitif, est exclu du concours. Les compositions sont recueillies et mises sous cachet par le président : elles sont lues publiquement par leurs auteurs sous la surveillance de l'un des membres du jury.

Art. 10. — A la fin de chaque séance, il peut être donné connaissance aux candidats du nombre de points qui leur sont attribués.

Art. 11. — Le jugement définitif portera sur l'ensemble des deux épreuves (écrite et orale).

Nota. — L'allocation accordée aux internes de l'Asile nationale de Vincennes est : Pour la 1re année de 1,500 fr. ; pour la 2e année, 1,600 fr. ; pour la 3e année, de 1,700 fr. — En dehors de l'interne de garde, qui est nourri et logé, les internes ont droit au déjeûner

Photographie des bruits du cœur.

M. A. Holowinski est arrivé à combiner une méthode entièrement automatique pour photographier les instants des bruits cardiaques. Le principe se repose sur ce fait que la tension périodique des valvules est non seulement synchronique avec les vibrations sonores des bruits stéthoscopiques, mais avec des « secousses mécaniques » (ébranlements) qui l'accompagnent en se propageant sur toute la surface du thorax ; ces secousses sont directement insensibles à l'ouïe (à cause de leur petite fréquence), mais on les sent souvent sous la pression du doigt et on les voit par la réflexion d'une mire sur un miroir appliqué sur tous les points du thorax. Pour fixer photographiquement ces secousses synchroniques avec le stéthoscope, l'auteur emploie : un microphone perfectionné ; un téléphone optique, excité par le microphone, et dont le diaphragme produit les *anneaux colorés de Newton* ; un système optique pour éclairer les anneaux et en réfléchir l'image réelle, inverse et agrandie sur une étroite fente verticale ; un tambour enveloppé par un papier fort sensible, qui tourne derrière la fente de la chambre photographique.

Les Médecins encyclopédistes.

Il n'y a pas tort longtemps qu'est mort à Ostende un médecin encyclopédiste, peu connu en France, mais dont le nom ne doit pas être oublié, M. le Dr Ernest Faligan, originaire de l'Anjou.

Licencié en droit, docteur ès-lettres, docteur en médecine, — n'ayant qu'un doctorat, sinon une licence, de moins que notre maître Alglave — il avait étudié en outre l'histoire et les langues étrangères. Sa thèse de doctorat ès-lettres, en français, a pour titre : *La légende de Faust chez tous les peuples et dans tous les siècles* ; sa thèse latine, *Marlowe*, n'était pas beaucoup plus facile à mener à bien ! Ils les soutint toutes les deux à cinquante-cinq ans ! — Il a écrit aussi des romans, dont *le Cadavre de la Maison blanche*, publié par le *Soleil*, et une foule d'articles d'histoire, de philosophie et de finances. — Il n'avait qu'un défaut : *il était fou*. — Avis aux modernes encyclopédistes. M. B.

L'Assistance médicale gratuite et les Médecins fonctionnaires.

Une commune peut-elle créer un service d'assistance médicale gratuite en faveur de tous ses habitants, *indigents ou non?*

Cette question vient de se poser dans des circonstances assez particulières, devant le Conseil d'Etat statuant au contentieux. Une commune de la Côte-d'Or s'était entendue, moyennant

une subvention annuelle tirée de ses ressources ordinaires avec un médecin qui s'était engagé à soigner sans honoraires tous les habitants. Mais un autre médecin de la commune, le sieur B., se trouvant lésé dans ses intérêts, a protesté et formé un pourvoi au Conseil d'Etat. Cette assemblée a estimé qu'aucune disposition de loi ou de règlement n'interdisait à la commune de prendre une pareille mesure et a rejeté le pourvoi du sieur B...

On pourrait être tenté de rapprocher cette affaire de celle de la pharmacie municipale de Roubaix. Mais l'analogie n'est qu'apparente. La pharmacie roubaisienne arrivait, en effet, à constituer au profit de la ville un monopole commercial organisé aux frais des contribuables, et on ne saurait comparer à un commerce l'exercice de la profession médicale, où la personne même et la valeur du médecin jouent un rôle prépondérant.

Ce qu'il y a de certain, c'est que pas à pas nous marchons au *Médecin Fonctionnaire*. Le Conseil d'Etat y aura contribué pour une large part.

Les Médecins et les Fêtes en l'honneur du Czar.

Voici le texte du télégramme que la Société de Chirurgie de Paris a reçu de Moscou, à l'occasion des fêtes en l'honneur du czar :

Le Cercle des médecins de Moscou célébrant son anniversaire, envoie, en mémoire de la semaine franco-russe, à ses confrères français l'expression de sa plus grande sympathie.
Vive la France !

Le Président, Alexandre Solovief.

La Société de Chirurgie a répondu :

La Société de Chirurgie de Paris, très touchée du télégramme du Cercle des médecins de Moscou, lui envoie l'expression de sa profonde sympathie et se réjouit de la fraternité scientifique qui unit aussi les deux peuples.
Vive la Russie !

Le président, Charles Monod.

École de santé de la marine à Bordeaux.

L'Ecole de santé de la marine de Bordeaux, dit le *Temps*, a été récemment mise en émoi par une affaire qui semble, par certains côtés, identique à celle du polytechnicien B... Il y a quelques mois, un domestique civil de l'Ecole principale du service de santé de la marine, convaincu d'une longue série de petits vols dont avaient à se plaindre les élèves, était condamné à la prison par le tribunal correctionnel. On était dès lors fondé à espérer que les vols allaient cesser ; il n'en fut rien. De petites sommes, de menus objets, continuaient à disparaître des poches de vêtements où on les avait laissés le soir en se couchant et où on ne les retrouvaient plus le matin. Or, ces jours derniers, on fêtait par un punch l'entrée des nouveaux; les élèves revinrent à l'école un peu gais et l'un d'eux surtout, nommé B..., se montra particulièrement exubérant et se livra à toutes sortes de fantaisies dans les dortoirs. Mais comme tout a une fin, on s'alla coucher. Vers trois heures du matin, trois élèves couchant dans une autre salle que B..., réveillés par un certain bruit, se dressèrent sur leur lit et virent encore B... dans leur dortoir ; ils le poursivirent jusqu'à son lit ; puis, croyant simplement à une nouvelle plaisanterie, se recouchèrent. Au matin, de nouveaux vols furent constatés ; de là à soupçonner B... il n'y avait qu'un pas. Le directeur, averti, le fit comparaître. B... nia énergiquement. Néanmoins, on trouva dans son bureau une montre en nickel sans aucune valeur, qui avait disparu depuis l'an dernier. Quant aux sommes volées pendant la nuit, on les retrouva dans une cachette, aux waterclosets. Les choses en sont là. B. est à la salle des arrêts, en attendant plus ample informé. Il continue à nier toute culpabilité. Et peut-être, en effet, n'y a-t-il rien contre lui et est-il victime de simples apparences. C'est un bon élève ; il est à sa troisième année et sur le point d'être reçu docteur. Son père est un grand industriel du Finistère. Un fait semble le charger : l'an dernier, un élève de l'école trouva, au milieu de la nuit, B..., vêtu d'habits civils, qui se dissimulait dans une encoignure. Interrogé sur ce qu'il faisait là, il répondit qu'il s'habillait ainsi pour franchir le mur de clôture et qu'il s'était caché parce qu'une ronde venait de passer. Or, le lendemain, on constata un vol de 50 francs au préjudice d'un autre élève. Celui qui avait vu B... la nuit le soupçonna bien un peu ; mais, craignant les suites terribles que pouvait avoir une erreur, il se tut, et ce n'est qu'en présence des faits nouveaux que je viens d'exposer qu'il s'est décidé à dire ce qu'il avait vu. En tout cas, il convient d'attendre avant de se prononcer.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 23. — Dissection : MM. Marchand, Poirier, Walther. — 2e *de Doctorat* (2e *partie* : MM. Ch. Richet, Retterrer, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Ricard, Delbet, Varnier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Humbert, Tuffier. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Straus, Letulle.

Mardi 24. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Thiéry. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Tarnier, Berger, Nélaton. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Pouchet, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Guyon, Panas, Hartmann. — (2e *partie*) : MM. Jaccoud, Debove, Ménétrier.

Mercredi 25. — Médecine opératoire : MM. Tillaux, Tuffier, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Retterer, Letulle.

Jeudi 26. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Berger, Thiéry. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Le Dentu, Bar, Nélaton. — (2e *série*) : MM. Panas, Maygrier, Albarran.

Vendredi 27. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Weiss, Wurtz. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Pitié. (1re *série*) : Marchand, Humbert, Broca. — (2e *série*) : MM. Ricard, Delbet, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Chauffard, Widal. — (1re *partie*). Obstétrique. (Clin. Baudelocque) : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

Samedi 28. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Chantemesse, Gley. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Cornil, Gilbert, Roger. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Necker : MM. Le Dentu, Albarran, Hartmann. — (2e *partie*) : MM. Laboulbène, Raymond, Marfan. — (1re *partie*). Obstétrique. Clin. d'accouche., rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 25. — M. Djelalian. Contribution à l'étude de l'arthropathie tabétique. — M. Odoul. Contribution à l'étude du traitement par l'exérèse des fistules uréthro-périnéales. — M. Archambaud. Tétanos pendant la grossesse. — M. Richard. Contribution à l'étude des métrites séniles. — M. Jacob. Sur les métaits du biberon. — M. Chenal. De la benzo-iodhydrine, comme succédannée de l'iodure de potassium. — M. Legrand. Contribution à l'étude de la leucoplasie buccale. — M. Vulpian. Des mélanodermies. Etude séméiologique et pathogénique.

Jeudi 26. — M. Deslandes. Des accidents gravido-cardiaques. — M. Hauser. Contributton à l'étude étiologique de la fièvre typhoïde. — M. Friteau. Les branches extra-pétreuses et terminales du nerf facial. — M. Laurent. Contribution à l'étude des applications de la nouvelle photographie par le procédé Rœntgen à la chirurgie et à la médecine. — M. Martel. Etude des influences exercées sur le développement de l'enfant par les maladies infectieuses de la mère pendant la grossesse. — M. Dumas. Sérodiagnostic de Widal dans la fièvre typhoïde. — M. Pescheux. Des points hystérogènes et en particulier des points hystérogènes frénateurs. — M. Dheur. De l'état de la sensibilité chez quelques mélancoliques.

SOUSCRIPTION
au Monument Charcot.

Nous venons de recevoir la lettre suivante :

Monsieur le rédacteur en chef du *Progrès Médical*.

L'Académie impériale militaire de médecine de Pétersbourg a l'honneur d'envoyer la somme de 62 roubles offerts par les professeurs de l'Académie pour le monument à la mémoire de Charcot.

Prière de bien accuser réception de cet envoi.

Le chef de l'Académie,
Pachoutine.

Nous remercions très vivement nos savants confrères de l'Académie impériale militaire de médecine de Pétersbourg de ce témoignage de reconnaissance envers notre illustre Maître. Il vient s'ajouter à tous les témoignages précédents émanant de la Russie.

Nous profitons de la circonstance pour rappeler à nos lecteurs que l'exécution du monument Charcot a été confiée à M. Falguière, dont une longue maladie a retardé la mise en train sérieuse de son œuvre. B.

Enseignement médical libre.

Technique microscopique. — M. le Dr Latteux, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Broca, a recommencé son cours

de technique microscopique, avec exercices de diagnostic et manipulations pratiques, le 19 novembre, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses histologiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez M. le Dr Latteux, 9, rue Marsollier (quartier de l'Opéra), de 1 h. à 2 h.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles. — M. le Dr BARATOUX reprendra son cours public et gratuit d'exercices pratiques sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles à sa clinique, 33, rue Saint-André-des-Arts, le mardi 1er décembre, à 4 heures, et le continuera les samedis et mardi suivants a la même heure.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 1er nov. au samedi 7 nov. 1896, les naissances ont été au nombre de 1 064, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 374, illégitimes, 143, Total, 517. — *Sexe féminin* : légitimes, 395 ; illégitimes, 152, Total, 547.

MORTALITE A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 1er nov. au samedi 7 nov. 1896, les décès ont été au nombre de 884, savoir : 504 hommes et 380 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 4, T. 7. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 1, F. 1, T. 2. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0 — Coqueluche : M. 3, F. 3, T. 6. — Diphtérie, Croup : M. 1. F. 2, T. 3. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 117, F. 73, T. 190. — Méningite tuberculeuse : M. 10. F. 10, T. 20. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 9, T. 24. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 39, T. 59. — Méningite simple : M. 10, F. 8, T. 18. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 30, F. 19, T. 49, — Paralysie, M. 3, F. 5, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 3, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 57, F. 20, T. 77. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 4, T. 10 — Bronchite chronique : M. 15, F. 12, T. 27. — Broncho-pneumonie : M. 8, F. 9, T. 17. — Pneumonie : M. 15, F. 9, T. 24. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 30, F. 20, T. 50 — Gastro-entérite, biberon : M. 17, F. 15, T. 32.— Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 1, T. 5. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 2, T. 4. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M 1, F. 1, T. 2 — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2, — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Débilité congénitale : M. 11, F. 8, T. 19. — Sénilité : M. 16, F. 22, T. 38. — Suicides : M. 13, F. 4, T. 17. — Autres morts violentes : M. 7, F. 4, T. 11. — Autres causes de mort : M. 82, F. 60, T. 142. — Causes restées inconnues : M. 3, F 3, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 76, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 11. Total : 41. — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 13. Total : 35.

UNIVERSITÉ DE PARIS. — *Inauguration.* — C'est au nom du Conseil de l'Université que M. Lavisse, directeur des études pour l'histoire en Sorbonne, a prononcé à la séance d'inauguration de l'Université de Paris, un discours où il a parlé « *de la condition et des devoirs de l'étudiant d'Université* ».

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — *Thèse de doctorat.* — Le lundi 23 novembre, à neuf heures du matin, M. Gravier soutiendra à la Sorbonne, salle des doctorats, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour objet : *Recherches sur les Phyllodociens.* Pour obtenir le même grade, M. Léon Bertrand soutiendra, le jeudi 26 novembre, à neuf heures, une thèse ayant pour objet : *Etude géologique du nord des Alpes-Maritimes.*

HÔPITAUX DE PARIS. — M. le Dr MÉRY est nommé chef du laboratoire institué pour le service de la diphtérie. — M. le Dr René PETIT est nommé moniteur dudit laboratoire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. le Dr COURMONT, agrégé, est nommé, pour la présente année scolaire, chef des travaux de médecine expérimentale et comparée.

ECOLE DE MÉDECINE NAVALE DE TOULON. — M. le Dr CROZET est nommé professeur d'anatomie à l'Ecole annexe de médecine navale de Toulon.

COLLÈGE DE FRANCE. — Sont autorisés à se faire suppléer au Collège de France, pendant l'année scolaire 1896-1897 : M. Marey, professeur d'histoire naturelle des corps organisés, par M. François Franck. M. Ribot, professeur de psychologie expérimentale et comparée, par M. Pierre Janet. Sont autorisés à se faire remplacer au Collège de France, pendant le 1er semestre de l'année scolaire : M. Balbiani, professeur d'embryogénie comparée, par M. Henneguy. M. Mascart, professeur de physique générale et expérimentale, par M. Brillouin.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES EN 1897. — M. le ministre de l'instruction publique vient de décider que le 35e congrès des délégués des sociétés savantes de Paris et des départements s'ouvrirait à la Sorbonne, le mardi 20 avril 1897. La séance générale de clôture aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, le samedi 24 avril.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE MOSCOU. — Le congrès de médecine, tenu l'été dernier à Nancy, ayant décidé d'ajourner sa prochaine session au printemps de l'année 1898 afin de ne pas nuire au succès du Congrès international qui doit avoir lieu à Moscou en 1887, M. le président Pitres, doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux, a reçu du Pr Korsahof, au nom du comité exécutif, une lettre de remerciements dans laquelle le professeur français est prié de transmettre à ses confrères l'expression de la profonde sympathie qui unit les médecins français et russes.

CONSEIL D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ DE LA SEINE. — L'élection à la place laissée vacante au Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, par suite de la mort du Dr Rochard, aura lieu le 4 décembre prochain. Les candidats sont : MM. Lucas Championnière, Letulle, Julien et Gilles de la Tourette. — On le voit : tout le monde se présente, *sauf les hygiénistes de profession.* Quelles mœurs, bon Dieu, quelles mœurs ! !

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le médecin-major de 1re classe Brachet, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Tarbes, est affecté à l'hôpital militaire de Bordeaux ; M. Radouan, du 26e d'infanterie, est désigné pour l'emploi de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Vernon ; M Trifaud, du 100e d'infanterie, est désigné pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Tarbes.

ECOLE DE MÉDECINE NAVALE DE ROCHEFORT. — M. le médecin de 1re classe Gorron est nommé professeur d'anatomie à l'Ecole annexe de médecine navale de Rochefort.

HÔPITAUX DE PARIS — *Concours de l'Externat.* — Questions posées aux dernières épreuves. — Epreuve d'anatomie : *Muscle psoas iliaque. Os occipital. Os maxillaire inférieur. Configuration extérieure et rapports de la face inférieure du foie. Veine cave inférieur. Ligaments et synoviales de l'articulation du genou. Muscles péroniers latéraux. Configuration extérieure et rapports des poumons.* — Epreuve de pathologie : *Désinfection des mains de l'opérateur et du champ opératoire. Complications du rhumatisme articulaire aigu. Foyers d'auscultation du cœur et souffles qu'on y entend. Différentes formes de traitement des fractures de jambe. Signes et complications de la blennorrhagie chez l'homme.*

Service nouveau à l'Hôpital Lariboisière. — M. Breuillé, à la dernière séance du Conseil municipal de Paris, a fait émettre un avis favorable à la création d'un service des voies urinaires à l'Hôpital Lariboisière. La dépense, évaluée à 700,000 francs, sera prélevée sur les fonds provenant du pari mutuel.

La chapelle de l'Hôpital Tenon. — Sur la proposition de M. Landrin, le Conseil municipal a invité l'administration à transformer l'ancienne chapelle protestante de l'hopital Tenon en salle d'attente pour les familles qui viennent assister aux obsèques des malades décédés à l'hôpital. Cette chapelle est actuellement inutilisée.

Le Président de la République à l'Hôpital des Enfants-Malades — Le Président de la République, accompagné du général Tournier, secrétaire général de la présidence, de M. Le Gall, directeur de son cabinet, et du commandant Bourgeois, officier de sa maison militaire, est allé visiter la semaine dernière l'Hopital des Enfants-Malades. M. Felix Faure a été reçu, sous le porche de l'hopital, par MM. Pierre Baudin, president du Conseil municipal, Bassinet, Cherioux, Ernest Moreau, Girou, conseillers municipaux, ainsi que MM. Felix Voisin, président du Comite de surveillance des Enfants-Assistes, conseiller à la Cour de cassation, Peyron, directeur de l'Assistance publique, Derouin, secrétaire général de l'Assistance, le directeur et le personnel médical de l'Hopital des Enfants-Malades. Le président de la République a visité toutes les salles sans exception, faisant une abondante distribution de jouets aux enfants, qui, les plus audacieux, le remerciaient avec des paroles embarrassées, les autres par un sourire. L'attention du président a été attirée par l'installation très défectueuse de l'établissement. Aussi a-t-il fait remarquer à M. Pierre Baudin et au Directeur de l'Assistance publique les améliorations dont le caractère d'urgence s'imposait plus particulièrement, et les a-t-il priés de les faire mettre à l'étude. Avant de quitter l'hopital, M. Félix Faure a réuni le

personnel médical pour le remercier des soins intelligents et affectueux donnés aux intéressants petits malades, et dans son allocution il a encore fait remarquer que ces soins étaient rendus plus pénibles et plus difficiles par les défectuosités des installations de l'hôpital. Il a tenu à les assurer que les protecteurs des enfants malades n'auraient pas de plus actif collaborateur que lui. En partant, le président de la République a fait remettre par M. Le Gall 200 francs qui serviront à acheter des friandises pour les enfants.

Hospice de Chaumont. — Un ancien négociant en mégisserie pour chaussures, M. Mariotte, décédé récemment à Saint-Mandé, à l'âge de quatre-vingt-cinq ans, institue Chaumont, sa ville natale, légataire universelle, et lui laisse un million environ pour l'établissement d'un hospice qui portera son nom et recevra, à partir de soixante-cinq ans, des vieillards des deux sexes, sans distinction de religion.

Association Française de Chirurgie. — Le Conseil d'Administration, dans sa séance du 23 octobre, a mis les questions suivantes à l'ordre du jour du Congrès qui doit avoir lieu à Paris en octobre 1897. 1° *Des contusions de l'abdomen* : M. Demons (de Bordeaux), rapporteur; 2° *Indications opératoires et traitement du cancer du rectum*, MM. Quénu (de Paris) et Hartmann (de Paris), rapporteurs.

Association médicale des Médecins français. — Dans l'après-midi de dimanche dernier ont eu lieu chez Marguery les réunions des deux sociétés médicales suivantes : la première, la *Société du concours médical*, qui a pour but la défense des intérêts des médecins français, s'est réunie sous la présidence de M. le Dr Cézilly. On s'y est occupé : 1° de la *création d'une caisse de pensions pour les veuves et les orphelins des sociétaires; 2° des établissements médicaux qui manquent à la France* : sanatoria, asiles pour les intempérants, etc. La seconde, l'*Association médicale des médecins français*, société d'assurance mutuelle, a pris connaissance du rapport de son secrétaire sur les travaux de l'année écoulée.

Médecins-Sénateurs. — *Loir-et-Cher.* — M. le Dr Papillon a posé sa candidature de sénateur dans le Loir-et-Cher. Dans la circulaire qu'il a adressée à tous les conseillers généraux et municipaux de Loir-et-Cher, il s'est déclaré républicain libéral.

Universités étrangères. — *Faculté de Médecine de Bahia.* M. le Dr Juliano Moreira est nommé professeur suppléant de clinique des maladies nerveuses et mentales. — *Faculté de Médecine de Leipzig* M. le Dr Ad. Barth, professeur extraordinaire à la Faculté de Médecine de Breslau, est nommé professeur extraordinaire d'otologie, de rhinologie et de laryngologie. (*Sem. méd.*)

Académie des Sciences de Vienne. — *Prix.* — L'Académie des Sciences de Vienne vient de mettre au concours l'importante question de la lumière ultra-violette. Un prix de 10,000 florins sera décerné au meilleur travail sur ce sujet. L'examen des mémoires aura lieu en 1899.

Médecins militaires et coloniaux a Madagascar. — La *Politique coloniale* dit qu'un conflit s'est élevé entre les médecins de la guerre et ceux des colonies à Madagascar. Ceux-ci, dit elle, veulent commander à ceux-là. Les ministres intéressés ont dû intervenir et fixer d'un commun accord les attributions respectives des uns et des autres. Il est entendu que le service des hôpitaux et ambulances est confié au corps de santé des colonies, que le service des corps de troupe reste confié exclusivement au corps de santé de la guerre et que celui-ci prend rang avant les médecins coloniaux. Et le *Temps* est autorisé à dire que le gouvernement n'a pas connaissance d'un pareil conflit. Les médecins de l'armée de terre comme ceux de l'armée de mer ou des colonies faisant partie du corps d'occupation sont sous les ordres du général Gallieni, et celui-ci en dispose suivant les nécessités du service. Quant à la question de préséance, elle est réglée par l'ancienneté de grade.

Médecins-Légistes et Erreurs judiciaires. — M. le Dr Ladreit de Lacharrière, médecin en chef de l'Institution nationale des sourds-muets, vient d'adresser au Président de la *Société de médecine légale* une lettre dans laquelle il propose, pour empêcher de nouvelles erreurs judiciaires comme celle dont la femme Druaux a été victime, la réforme de l'expertise judiciaire: « Je demande, dit-il, s'il n'y aurait pas lieu de solliciter la création au Ministère de la Justice d'une commission permanente composée : 1° du professeur de médecine légale de la Faculté de Paris; 2° du président de la Société de médecine légale; 3° d'un certain nombre d'experts (médecins et chimistes) près le tribunal de la Seine; 4° d'un certain nombre de magistrats et d'avocats. Cette commission serait chargée d'examiner les expertises dans toutes les affaires criminelles. Aucun rapport ne pourrait être produit par l'accusation sans avoir été approuvé par la haute commission. »

Un centenaire. — On écrit d'Orléans que la petite ville d'Olivet, près d'Orléans, était ces jours-ci en liesse. Elle célébrait le centenaire d'un homme respecté de tous, de l'ancien bibliothécaire de la bibliothèque communale, M. Michaux, né le 12 novembre 1796. Réception à la mairie par le maire entouré du conseil municipal et des sapeurs-pompiers; promenade en ville au milieu d'ovations enthousiastes; banquet, toasts, compliments en vers et bal, rien n'a manqué à cette fête de famille. Le préfet du Loiret avait tenu à s'y faire représenter.

Hygiène internationale. — Le conseil sanitaire supérieur de Bucharest, le 16 novembre, a supprimé les mesures sanitaires appliquées aux bâtiments arrivant des ports égyptiens dans les ports de Constentza et de Soulina.

Le Mariage dans le Connecticut. — D'après ce que rapporte le *Medico-chirurgical Bulletin*, la législature du Connecticut a voté une loi interdisant à tout homme et à toute femme, épileptique, imbécile ou faible d'esprit, de se marier ou de vivre ensemble comme mari et femme quand la femme est âgée de moins de quarante-cinq ans. La pénalité est un emprisonnement de trois ans au moins. Toute personne qui aidera à cette union sera passible d'une amende de mille dollars ou d'un emprisonnement d'un an. Cela doit donner à réfléchir, surtout... dans le Connecticut.

Les Médecins russes. — A l'occasion du futur Congrès de Moscou, on ne sera sans doute pas fâché de savoir ce que Baedecker pense des *médecins russes*. Le voici : « Les médecins sont *chers* en Russie, surtout dans les grandes villes; leurs visites se paient de 3 à 5 roubles (12 à 20 francs). Ceux des petites villes sont *grands partisans de la saignée et de la purgation; il est donc bon de se tenir en garde avec eux. Il faut aussi marchander.* » — Espérons qu'il n'en est plus ainsi désormais. M. B.

Nécrologie. — C'est par erreur que nous avons annoncé la mort de M. le Dr Vignes (de Corbeil). Il nous écrit qu'il se porte très bien : ce que nous enregistrons avec plaisir. — M. le Dr Benjamin Roux (de Rochefort), correspondant national de l'Académie de Médecine. — M. le Dr Eugène Vaillant, décédé à l'âge de cinquante-huit ans, à Marange-Sylvange (Lorraine). — M. le Dr Legrand (de Paris), reçu en 1887. — M. le Dr Sordet, de Saint-Germain-du-Plain (Saône-et-Loire), décédé à l'âge de 64 ans. — M. le Dr Jourdan, de Cassis (Bouches-du-Rhône), décédé à l'âge de 71 ans. — On annonce la mort à Maiche (Doubs) de M. Péteaux, professeur de chimie, de physique et pharmacien vétérinaire à l'École vétérinaire de Lyon.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Pitié. — M. Albert Robin. — Leçons de clinique et de thérapeutique, le lundi à 9 h 3/4. — Tous les jours, leçons de pathologie et exercice clinique, par MM. les Drs Londe, Michel, Leredde. Exercices pratiques au laboratoire par M. Bournigault. Visite tous les jours, à 9 heures.

Hospice de Bicêtre. — M. P. Marie. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses*, le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. Charpentier, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. Féré, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. Bourneville, samedi, à 9 h 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

Le Rédacteur-Gérant : **Bourneville.**

Paris. — Imp. Goupy (G. Maurin, Succr), rue de Rennes, 71.

3e SÉRIE. T. IV. N° 48. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 28 NOVEMBRE 1896

Le Progrès Médical

MÉDECINE OPÉRATOIRE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — COURS D'OPÉRATIONS.

La Pneumotomie ;

par Félix TERRIER,
Chirurgien de l'Hôpital Bichat,
Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Paris.

CINQUIÈME LEÇON (1).
Leçon recueillie par E. REYMOND.

Messieurs,

Voilà plus d'un siècle que Pouteau (2) indiquait les symptômes des collections purulentes du poumon et qu'il insistait « sur la nécessité de faire au sac purulent une ouverture dans sa partie la plus basse. Différer plus longtemps de frayer au pus une issue entre deux côtes, c'est lui donner celui de dévaster le parenchyme pulmonaire à tel point que la nature ne puisse plus le rétablir après l'opération. »

Ceci tendrait à nous faire considérer comme déjà ancienne la chirurgie du poumon ; mais empressons-nous d'ajouter que la règle de Pouteau était toute théorique : ni lui, ni aucun de ses contemporains ne la mirent en pratique. Si, à cette époque, on fit des pneumotomies, ce fut, sans le savoir, dans les cas du reste rares, où la poche étant devenue superficielle, on pensait ouvrir un empyème, voire même un abcès de la paroi thoracique.

Ce n'est pas là la chirurgie pulmonaire :nous devons réserver ce nom aux interventions qui, de parti pris à travers la paroi thoracique et la plèvre, vont au devant d'une lésion intra-pulmonaire.

On peut se contenter d'ouvrir la cavité morbide : c'est la *pneumotomie*. Ou bien on résèque une portion du poumon : c'est la *pneumectomie*.

Nous allons étudier aujourd'hui la première de ces deux opérations.

La *pneumotomie* subit d'assez notables modifications suivant les affections pour lesquelles elle se trouve indiquée ; mais nous n'étudierons ici que son manuel opératoire général, après quoi nous passerons en revue ses indications et ses complications.

La première question qui se pose est celle-ci : quel est le siège de la lésion et quel doit être le choix de la région opératoire ? H. Delagénière pense qu'il y a presque toujours avantage à commencer par réséquer les huitième, septième et sixième côtes : on assure ainsi par avance le drainage, on se crée une brèche permettant d'explorer la face externe du poumon, et généralement on ne s'éloigne guère de la collection, celle-ci tendant toujours à se rapprocher de la base. E. Rochard (3) conseille de prendre pour guide la scissure oblique : on glissera la main dans celle-ci et on se rendra mieux compte de la situation de la lésion. Quincke (4) divise à ce point de vue les cavités pulmonaires en deux grandes classes : 1° celles qui sont haut placées : elles ne guérissent pas spontanément à cause de la rigidité des parois ; 2° celles qui sont bas placées : elles ne guérissent pas parce qu'elles se vident mal dans les bronches. Les premières sont très rares et justiciables surtout d'un large désossement de la région costale correspondante ; les secondes sont fréquentes et ne guériront que sous l'influence d'un drainage bien fait : c'est pour elles que Quincke propose d'attaquer la paroi costale « en arrière en bas, au-dessous de l'angle de l'omoplate ». C'est le point qu'on doit choisir chaque fois qu'on hésite sur le siège.

Quelles que soient ces diverses tendances personnelles, il faut bien admettre que le choix de la région opératoire sera commandé surtout par le siège de la lésion : toute la difficulté est de déterminer celui-ci. « Le siège des cavités est bien plus difficile à diagnostiquer que leur existence, dit Quincke : c'est justement pour les cas qui demandent à être traités, que les symptomes classiques des cavernes sont d'une valeur toute relative.

Ces symptômes, en effet, ont une grande importance pour les cavernes du sommet maintenues ouvertes par la rigidité des côtes et contenant plus ou moins d'air. Mais les foyers de la base ou de la partie moyenne du poumon se trouvent, d'une part, remplis de liquide, et d'autre part, ont des parois flasques qui se rapprochent l'une de l'autre, d'où le manque de symptômes physiques » Quelquefois la différence des symptômes avant et après une abondante expectoration constitue un précieux indice. La caverne est-elle pleine : matité à la percussion, bruit respiratoire léger ou nul. La caverne est-elle vide : sonorité ou tympanisme à la percussion, bruit respiratoire plus net, quelquefois bronchial. Ce qui précède s'applique seulement aux cavités communiquant avec les bronches. Si cette communication manque et que par conséquent il n'y ait pas eu de vomique, le diagnostic de la nature de la lésion est à coup sûr plus malaisé, mais celui du siège semble plus facile : c'est alors que seront plus manifestes l'absence du murmure respiratoire et la matité. On sera parfois guidé par une localisation de la douleur, une déformation de la paroi.

Mais c'est surtout dans le cas de collection fermée qu'il peut paraître avantageux de préciser le diagnostic du siège en faisant une ponction. Celle-ci est jugée bien différemment, ce qui tient en partie à la diversité des lésions pulmonaires auxquelles elle a été appliquée. Quincke la considère comme d'un médiocre secours. « Le pus qu'elle amène peut provenir d'une bronchectasie insignifiante. Les dangers qu'elle fait courir sont considérables, si les feuillets pleuraux n'adhèrent pas ; elle peut alors déterminer une pleurésie purulente comme l'indiquent les cas de de Winge, de Pochat, d'Israël cités par Pochat (1). Les dangers sont moindres si les adhérences pleurales existent et cependant le trajet de l'aiguille peut s'infecter et il vaut mieux intervenir aussitôt que possible après. »

Nous en arrivons à cette opinion, admise par le plus

(1) Voir *Progrès médical*, n°s 35, 37, 39 et 43.
(2) Pouteau. — *Œuvres posthumes*, Paris, 1783.
(3) E. Rochard. — *Gaz. des Hôpit.*, fév. et mars 1892.
(4) H. Quincke.— *Ueber Pneumotomie*; in *Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.*, 1895; Band I; Heft 1.

(1) Pochat. — *Ein Beitr. z. Path. und op. Behand. v. Lungenabsces.*. Diss., Kiel, 1895.

grand nombre des chirurgiens, à savoir que la ponction doit être le premier temps de l'opération, permettant de guider celle-ci en renseignant l'opérateur sur le siège bien exact de la lésion. Mais si pour faire cette ponction l'on attend que l'incision et les résections costales aient été pratiquées, n'y aurait-il pas d'autres méthodes pour explorer la face externe du poumon et y constater l'induration ou la saillie que peut y créer la lésion pulmonaire? C'est là ce qu'ont pensé divers chirurgiens qui n'en sont pas moins restés en complet désacord sur le meilleur procédé pour pratiquer cette exploration.

Tuffier croit pouvoir explorer aisément la surface pulmonaire, sans ouvrir la plèvre, en décollant son feuillet pariétal : il fit le premier essai (1) en opérant une hernie pulmonaire, put libérer la plèvre pariétale du sommet du poumon et explorer, avec l'index, la région dans toute son étendue. Dernièrement encore, Tuffier (2) a vanté cette méthode et en a exposé le manuel opératoire : La résection d'une seule côte dans une étendue d'un centimètre permettrait de décoller la plèvre au pourtour de l'incision sur une étendue au moins égale à celle de la main. C'est aux bords supérieur et inférieur de la côte que la plèvre pariétale est le plus adhérente. Une fois détachée de ces points, la plèvre se laisse facilement décoller des muscles intercostaux internes et surtout de la face postérieure de la côte. Ce décollement ne serait pas rendu plus difficile par la présence des ligaments de Sébileau et il pourrait être étendu après résection de la deuxième côte à toute la plèvre coiffant le sommet du poumon : on peut alors toucher la face antérieure de la paroi postérieure du thorax au niveau des premières, deuxième et troisième côtes. Cette libération serait moins facile en arrière qu'en avant, moins facile surtout au niveau de l'angle des côtes.

« La plèvre pariétale étant décollée, dit Tuffier, le parenchyme pulmonaire est exploré et les résultats ainsi fournis sont d'une netteté qui m'a étonné. » J'ai vu opérer Tuffier et j'ai pu constater que si facile que paraisse ce décollement, la plèvre avait été déchirée ; du reste, l'absence de tout accident indiquait que les feuillets pleuraux restaient en contact et qu'il ne se produisait pas fatalement de pneumothorax.

A la méthode extra-pleurale de Tuffier, Bazy (3) préfère l'examen fait directement après avoir ouvert la séreuse. « A travers une petite incision faite à la plèvre, j'introduisis l'index assez rapidement pour éviter l'entrée d'une trop grande quantité d'air. J'entourai ensuite mon doigt, en en bourrant la plaie, avec une éponge et une compresse aseptiques. L'air n'entrant plus, j'explorai la plèvre dans tous les sens, en bas, en arrière, en avant, en haut. Ici, je trouvai, en portant mon doigt aussi haut que possible, une adhérence dont je ne pus toucher que la limite inférieure et une partie des limites latérales. A ce niveau, le poumon paraissait plus ferme et induré, alors que partout ailleurs il présentait sa consistance normale ». M. Bazy ferme alors son incision exploratrice et transporte son champ opératoire au niveau où il a reconnu l'adhérence pleurale et l'induration pulmonaire.

Ce que Bazy fait pour une gangrène pulmonaire. Poirier le fait pour un kyste hydatique ; « après avoir ouvert la plèvre, le doigt inspecteur reconnait une tumeur arrondie et dépressible. »

(1) Richerolle. — Th. Paris. 1892 ; obs. III, p. 67.
(2) Tuffier. — *Bulletin de la Société chir.*, Paris, 1895, 13 nov., p. 674.
(3) Bazy. — *Congrès de Chir.*, Paris, 1895, p. 79 ; et *Soc. de Chir.*, 19 nov. 1895.

Bien plus audacieux est H. Delagénière, qui met la pleurotomie exploratrice au même rang que la laparotomie, la trépanation exploratrice et qui veut que, tout en conservant l'incision déclive qu'il préconise, on fasse celle-ci assez grande pour y entrer la main ; trois cas peuvent alors se présenter ; « la cavité de la plèvre est en communication directe avec le tissu pulmonaire. Le poumon et la plèvre adhèrent sans communiquer. Enfin le poumon malade reste libre dans la cavité pleurale. » Si l'on trouve dans la plèvre des détritus pulmonaires et s'il existe des adhérences, on doit penser de suite à une cavité pulmonaire ouverte dans la plèvre. Au contraire, « l'absence d'épanchement pleural coïncidant avec la présence d'adhérences localisées et solides, devront faire songer à une lésion pulmonaire corticale siégeant à l'endroit même des adhérences. » Enfin une lésion centrale ou non inflammatoire, telle que certain kyste hydatique, ne donnera lieu à aucune adhérence. A l'ouverture du thorax, le poumon disparaîtra ; il faudra le saisir avec des pinces, le fixer par des points de suture à la plèvre pariétale.

Comme vous pouvez en juger, voici une pleurotomie qui fait bon marché des adhérences pleurales : et celles-ci cependant vont constituer la grosse préoccupation de certains opérateurs au cours de la pneumotomie elle-même.

Je ne reviendrai pas à propos du manuel opératoire sur le choix de l'incision cutanée : nous avons étudié celle-ci à propos de la thoracotomie ; elle dépendra de la lésion pulmonaire et de la résection costale qu'on croira nécessaire. De Cerenville et Truc (1) les premiers, puis Rochelt (2), Prengrueber, Heydenreich, Lauenstein (3), Matignon (4) plus dernièrement, ont beaucoup insisté sur la nécessité des larges résections costales précédant la pneumotomie. Ces résections doivent être d'autant plus étendues que l'excavation pulmonaire est plus vaste ; elles en diminueront la gravité en facilitant la rétraction rapide de la paroi. L'ablation du périoste est indiquée pour la même raison : « il vaut mieux réséquer deux côtes de trop qu'une de moins », disait déjà Thiriar au Congrès de 1888. Il est vrai qu'à ce même Congrès, le professeur Ollier attirait l'attention sur les déviations du rachis consécutives à cette manœuvre, et le P[r] Berger citait deux cas de mort qui lui paraissaient dues à des troubles respiratoires, suites de costotomies trop étendues. Ehrmann, de Mulhouse, de Cerenville ont cité des cas analogues ; toutefois, depuis lors, les larges résections costales qui ont été faites et que nous avons signalées à propos de la thoracotomie, ne paraissent pas avoir déterminé par elles-mêmes d'accidents de ce genre. Peut-être l'importance de la résection doit-elle varier avec la nature de la lésion : par exemple, d'après Quincke la résection de 5 à 7 centim. d'une seule côte peut suffire s'il s'agit d'un abcès aigü ; il faudrait pratiquer la résection de deux à quatre côtes dans le cas d'un abcès chronique ou d'une bronchectasie.

Une fois cette résection faite, comment se comporter vis-à-vis de la plèvre ? Et d'abord celle-ci présente-t-elle des adhérences au point que l'on a choisi ? Il est, pour le savoir, un procédé déjà ancien, procédé de l'aiguille qu'ont signalé Fenger, Riedinger, Reclus : une aiguille, enfoncée dans le parenchyme pulmonaire à travers la paroi externe, présenterait des oscillations s'il n'existe

(1) Truc. — *Soc. des Sc. médic.*, Lyon, 1885.
(2) Rochelt. — *Wien. Med. Press.*, n° 39, p. 1,264, 1886.
(3) Lauenstein. — *Centr. f. chir.*, 1884, n° 18.
(4) Matignon. — *Arch. gén. de méd.*, 1894, t. VI, p. 162.

pas d'adhérence, resterait immobile au cas où les deux feuillets sont fixés l'un à l'autre. Mais cette indication est-elle assez précise et constante pour qu'on puisse s'y fier? E. Rochard, dans ses expériences de respiration cadavérique, fait remarquer que les scissures pulmonaires ne paraissent pas changer de position par rapport aux côtes : l'épingle n'aurait donc pu donner qu'une indication inexacte. Quincke insiste aussi sur les erreurs que lui a fait commettre ce procédé. En revanche, Thiriar nous dit que, dans certains cas, il vit la plèvre pariétale assez intimement unie à la plèvre viscérale, pour qu'on put observer la première s'abaisser et se lever à chaque inspiration et cela sans le secours d'aiguille ou d'autre procédé. Devant des opinions aussi contradictoires, il faut conclure à la diversité des cas particuliers et à l'insuffisance de la méthode.

Est-il d'ailleurs tellement nécessaire d'être fixé sur les adhérences pleurales avant de continuer l'opération? Quant à moi, cette constatation m'intéresse médiocrement, puisque dans un cas ou dans l'autre, je continuerai l'opération d'une façon analogue. Peu importe encore à ceux qui suturent les feuillets pleuraux et continuent l'opération dans la même séance (Israel, Poirier). Il n'en est pas de même pour les opérations qui font la pneumotomie en plusieurs fois, et en particulier pour ceux qui cherchent à déterminer des adhérences au moyen des caustiques.

Comme le fait remarquer Matignon (1), c'est le procédé sur lequel Krimmer et Walter avaient insisté dès 1830, et à cet effet, après avoir incisé les téguments et les muscles intercostaux, ils plaçaient sur la plèvre des pois à cautère. C'est le procédé que Quincke emploie encore aujourd'hui, et chez lui la crainte que les adhérences ne manquent est si grande que, dans le doute, il agit comme si elles n'existaient pas; c'est là, pense-t-il, une manœuvre d'autant plus sage, que certains signes objectifs, comme l'attraction inspiratoire des côtes inférieures, peuvent être fournis par des adhérences lâches et partielles insuffisantes pour arrêter l'inflammation. Quincke croit donc prudent, pour obtenir des adhérences auxquelles on puisse se fier, de détacher d'abord un lambeau des parties molles jusqu'aux muscles intercostaux et d'appliquer ensuite des rouleaux de pâte de chlorate de zinc sur les espaces intercostaux et celà à plusieurs reprises. La pleurésie fibrineuse qui se produit alors est diagnostiquée par l'auscultation. Au bout de plusieurs semaines on résèque les côtes et à ce moment on place encore du chlorate de zinc. Si j'insiste sur l'étrange procédé que recommande Quincke, c'est qu'il l'a employé quinze fois environ, en y faisant parfois quelques modifications, comme par exemple, de remplacer le chlorate de zinc par des compresses trempées dans du chlorure de zinc; quant aux résultats, il serait trop long de vous les détailler ici, mais je puis vous assurer qu'ils ne sont rien moins qu'encourageants.

On a cherché, du reste, à déterminer des adhérences par des procédés moins longs et moins douloureux. De Cerenville les avait obtenues en enfonçant des aiguilles profondément, pendant plusieurs jours; on avait aussi essayé des applications de teinture d'iode. Neuber (2) s'était contenté de la mise à nû de la plèvre pariétale après résection sous-périostée des côtes : il tamponnait la plaie avec de la gaze iodoformée et constatait, au bout de 6 à 9 jours, une pleurésie adhésive suffisante. De Cerenville (1), Godlee (2), Laache (3), eurent la pensée de pratiquer une suture des feuillets pleuraux autour du champ opératoire; mais, pour eux, cette suture était surtout destinée à créer une irritation inflammatoire : ils laissaient à celle-ci le temps de se produire, de déterminer des adhérences et n'opéraient qu'en deux fois.

Tout différent est à ce point de vue le procédé de Roux, de Lausanne; lui aussi pratique une suture périphérique des feuillets pleuraux, mais il considère cette suture comme suffisante pour protéger la séreuse, et continue de suite l'intervention ; je ne puis insister sur les détails de la suture qui est pratiquée à arrière-point.

Nous entrons avec le procédé de Roux dans la méthode rapide, la pneumotomie en une seule séance, la seule que je crois devoir vous conseiller. Ne peut-on encore simplifier en supprimant cette barrière de points de suture ? C'est là ce qu'a essayé, entre autres, H. Delagénière, dont je vous ai exposé la méthode à propos de la thoracotomie. La suppression de toute suture n'a pas seulement d'importance en ce qui est du pneumothorax à éviter, mais encore au point de vue du contenu de la poche pulmonaire qui peut infecter la plèvre, tout dépend de la nature de ce contenu ; aussi ne puis-je apprécier la suppression de toute suture pleurale, dans une étude générale de la pneumotomie — et j'en arrive de suite au temps de l'opération où à travers le parenchyme pulmonaire on va au devant de la cavité.

Ici encore, Quincke recommande de la prudence, ou du moins ce qu'il considère comme tel : c'est par des applications de pâte caustique qu'il s'approche petit à petit de la cavité. Mais encore faut-il ne pas avoir de doute sur sa situation : en ce dernier cas, il fait des ponctions exploratrices en différentes directions ; puis il introduit la pointe du thermo-cautère dans les trajets des ponctions positives ; ceux-ci sont ensuite réunis avec le couteau du thermo-cautère quelques jours plus tard. Il obtient ainsi pour donner issue au pus, non pas une large ouverture, mais un trajet étroit et profond par lequel l'abcès se vide mal et qu'on ne maintiendra ouvert les jours suivants, qu'en le cautérisant à nouveau, ou en y plaçant des laminaires, des éponges préparées ; celle-ci lui paraissent toutefois d'un emploi dangereux et l'expérience ne le lui a que trop prouvé.

Si je vous indique ces méthodes de lenteur, Messieurs, c'est pour vous les déconseiller : la prudence vraie consiste à savoir aller vite. C'est pourquoi je vantais, tout à l'heure, la pleurotomie exploratrice s'il en est besoin pour être fixé sur le siège ; c'est pourquoi je repoussais l'opération en plusieurs séances et pourquoi maintenant je considère que nous n'avons le choix qu'entre deux instruments pour inciser le parenchyme pulmonaire qui enveloppe la collection : le bistouri ou le thermo-cautère; la nature des tissus à inciser fera préférer l'un ou l'autre de ces deux procédés. Aura-t-on affaire à du tissu résistant, dur, peu vasculaire ayant la consistance du cuir? C'est le bistouri qui sera le plus propre à le sectionner. Mais si le tissu pulmonaire est élastique, vasculaire, ou encore s'il présente cette conges-

(1) Matignon. — *Considérations sur la pneumotomie pour abcès du poumon.* (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1893, XXIII. *Arch. gén. de Médecine*. Paris, 1894, février p. 162-186).

(2) Neuber. — *Vorstellung eines geheilten Lungenabscesses.* (*Mitt. d. Vereins Schleswig-Holst. Aerzte*, 1894. N° 3, p. 55).

(1) De Cerenville. — *Deux observations de pneumotomie pour gangrène du poumon.* (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1892, N° 4, p. 229).

(2) Godlee. — *Lancet*, 1889, vol. I, p. 457.

(3) Laache. — 3 *opér. Bronchiectasie* (*N. Magasin for Laeger*, 1891, n° 4).

tion passive que certains auteurs décrivent autour de la collection, alors l'incision au bistouri doit être considérée comme dangereuse et c'est le thermo-cautère chauffé au rouge sombre qui permettra plus facilement d'ouvrir une large brèche dans la collection.

Vous vous abstiendrez bien entendu du lavage inutile et dangereux, surtout si la collection communique avec les bronches. On a essayé le curettage des parois de la poche: quelque soit la nature de celle-ci, je ne vois pas l'avantage à en retirer ; on ne peut songer à enlever tous les tissus malades, on les fait saigner et on risque d'infecter les tissus sains. En revanche, je crois avantageux de nettoyer la poche avec des tampons montés; on enlèvera ainsi une partie des tissus sphacélés qui ne seraient sortis que difficilement par le drain et on augmente les chances de prompte réunion.

A propos du drainage, il est un point spécial à la chirurgie du poumon; je veux parler du danger de laisser longtemps en place le drain qui peut ainsi déterminer des hémorrhagies par ulcérations des vaisseaux.

Walsham (1), Grainger Stewart (2), Sutherland (3), en ont cité des cas : d'où la nécessité de modifier de temps en temps la situation du drain.

Quelles sont les indications de la pneumotomie ? Dans un travail récent, Quincke divise en trois groupes les cas justiciables de cette opération : cas aigus, cas chroniques, processus putride consécutif à des corps étrangers; dans le premier groupe rentrent les abcès simples, la gangrène aiguë; dans le second les abcès chroniques, les bronchectasies, les cas putrides chroniques. Cette singulière divison vous étonne sans doute : vous comprenez mal pourquoi on a placé dans un même groupe des affections différant autant que les abcès et les bronchectasies, par exemple. Il faut toutefois reconnaître que, cliniquement, de semblables rapprochements s'imposent parfois, sans que d'ailleurs nous puissions nous les expliquer.

En voici un exemple : l'année dernière, je soignai un malade présentant une lésion pulmonaire problablement consécutive à un abcès du foie; je l'opérai et ouvris un vaste abcès pulmonaire; comme la guérison tardait, je craignis que l'intervention n'ait pas été suffisante, je rouvris la cavité et je constatai qu'elle communiquait avec une vaste dilatation bronchique que je pus inciser largement et cautériser : la guérison suivit cette seconde intervention.

Quant au mode de développement de pareilles lésions et à leur influence réciproque nous en sommes réduits à de pures hypothèses. C'est pourquoi il ne nous est pas permis encore de les grouper cliniquement, comme Quincke essaye de le faire, et nous devons nous en tenir à la classification anatomique suivante qui a du moins l'avantage d'être assez complète : pleurésies interlobaires, abcès du poumon, gangrène, bronchectasie, cavernes tuberculeuses, kystes hydatiques.

La pneumotomie sera-t-elle aussi nettement indiquée dans chacune de ces affections ? Non sans aucun doute : c'est ainsi que certains auteurs la repoussent systématiquement en cas de caverne pulmonaire; ils s'appuient sur des statistiques comme celle que fournit Lopès (4) : 13 morts sur 13 interventions ; et cependant les pneumotomies pour caverne, dont quelques-unes ont donné un résultat encourageant sont tous les jours plus nombreuses : beaucoup d'entre elles, il est vrai, sont la suite d'erreur de diagnostic. Quant à savoir si ce sont les grandes ou les petites cavernes qui se trouveraient plutôt justiciables de pneumotomie, la question n'est pas tranchée davantage. Sont-ce, d'autre part, celles de la base ou du sommet ? Celles-ci sont plus fréquentes et c'est pour elles que Hahn (1) de Berlin, a décrit et employé un mode d'intervention spécial. Il pratique une incision parallèle au bord supérieur de la deuxième côte, incision allant de l'extrémité interne de la clavicule jusqu'à son tiers externe. C'est à ce niveau qu'il ouvre la caverne à travers le premier espace, assez large, dit-il, pour que la résection d'une côte soit inutile. Poirier (2) et Jonnesco ont fait des expériences sur vingt sujets pour régler cette ouverture des cavernes du sommet sans résections costales. Elle leur a paru s'exécuter assez aisément sur le cadavre pour qu'ils pensent « qu'il y ait avantage à en faire profiter à l'avenir les malades atteints de cavernes tuberculeuses du sommet. » La question, il est vrai, n'est pas tant de savoir si l'opération est facile, que de prouver qu'il y a avantage pour une caverne du sommet, à se trouver ouverte à l'extérieur ; par quel processus la caverne se comblera-t-elle si elle est grande, et ses parois reviendront-ils au contact l'un de l'autre, étant donné qu'on a respecté la paroi thoracique ?

(1) Walsham. — *St. Barthol. Hosp. Rep.*, 1890, vol. XXV, p. 253; — *Jahresber. B.* II, s. 500.
(2) Grainger Stewart. — *Brit. med. Journ.*, 1893, vol. I, p. 1147.
(3) Sutherland. — *Lancet*, 23 janv. 1892, p. 188.
(4) Lopès. — *Moderna cirurgia pulmonar*, in-4°, Lisbonne, 1888.

N'y aurait-il pas plus d'avantage, au contraire, à tenter la cure chirurgicale des cavernes tuberculeuses, plus rares, il est vrai, qui se trouvent placées près de la base ? Ces cavernes auront plus de chance de se combler grâce au facile désossement de la paroi ou même à sa mobilité naturelle. Elles sont encore justiciables de la pneumotomie à cause de leur déclivité, car elles se vident mal dans les bronches, donnent facilement lieu à des infections secondaires, à du sphacèle de leur paroi : elles seront avantageusement drainées. Encore faut-il pour intervenir que la tuberculose n'infiltre pas tout le reste du poumon, et paraisse localisée au pourtour de la caverne : ce sont là questions d'appréciation délicate pour chaque cas particulier.

J'en dirai autant de la bronchectasie : l'indication de l'opération et le manuel opératoire pourront varier suivant qu'il s'agit d'une dilatation bronchique simple ou secondaire à un abcès chronique, à un foyer tuberculeux : ils pourront varier encore suivant que la dilatation est jeune ou déjà chronique. C'est ainsi que, pour la première, nous voyons Walther (3) proposer la simple pneumotomie et réserver pour la seconde, dont les parois sont sclérosées, une résection totale de la paroi suivant la méthode de Scheede.

Pour la gangrène pulmonaire, la question est d'autant plus délicate que le sphacèle proprement dit et l'infection jouent un double rôle dont l'influence réciproque est souvent difficile à définir : c'est dans un de ces cas que H. Delagénière (4) trouva avantageux de compléter l'opération en réséquant aux ciseaux la paroi sphacélée de la cavité.

L'indication de la pneumotomie est plus précise au cas d'abcès du poumon ; encore voyons-nous Quincke ne pas intervenir volontiers dans le cas d'abcès aigus, « car ils peuvent se résorber seuls sans qu'on ait à faire

(1) Hahn. — 20e *Cong. des Soc. all. de Chir.*, 2 août 1891.
(2) Poirier et Jonnesco. — *Congr fr. de Chir.*, 30 juillet 1891. — *Gaz. des Hôp.*, 30 août 1891.
(3) Walther. — *Pneumot. pour dilat. bronch.* (*Congr. de chir.*, 22 oct. 1895; p. 100).
(4) H. Delagénière (du Mans). — *Arch. prov. de Chir.*, 1894, t. III, p. 7 (Obs. II).

courir au malade le danger de l'intervention. » On ne devrait intervenir qu'après avoir constaté que l'abcès n'a pas de tendances à diminuer.

Tel n'est certes pas mon avis, et chaque fois que vous aurez pu faire le diagnostic d'un abcès je ne vous conseille ni d'attendre qu'il s'ouvre dans une bronche, ni de tarder, comme le veulent Spillmann et Haushalter (1), jusqu'à ce que disparaisse l'hépatisation, qui, tout d'abord, enveloppe l'abcès ; ni encore de vous contenter de simples ponctions qui, cependant, auraient donné de bons résultats à de Jong (2). Je vous conseille au contraire d'intervenir de suite et largement, sans attendre que le tissu sclérosé se soit formé autour de l'abcès et que les bronches voisines se soient dilatées. Ce que je dis là s'applique aussi bien à un abcès survenant au cours d'un état général qu'à un abcès consécutif à une cause toute locale comme un corps étranger.

Il est encore une affection pour laquelle je crois l'indication de la pneumotomie aussi précise qu'au cas d'abcès : c'est le kyste hydatique. Ce n'est pas encore là l'opinion générale, et sans parler de ceux qui, comme Letulle (3), croient que « vue la fréquence de la rupture des hydatides dans les bronches, l'indication d'un traitement actif chirurgical se présente rarement », il est encore un grand nombre de cliniciens disposés à traiter le kyste hydatique du poumon par ponction suivie ou non d'injection modificatrice.

Peut-être serait-on moins disposé à essayer de cette méthode si on connaissait mieux les résultats qu'elle a fournis jusqu'à présent. Sans parler de statistiques comme celle de Carl Maydl (4) ou seize cas opérés par ponction ont fourni onze morts, il suffit de lire les observations de Bristowe (5), de Walis, de Cornil et Gibier (6), de Duguet (7), de Mackensie (8) et bien d'autres, pour être effrayé par la mort soudaine qui peut suivre la ponction la plus innocente en apparence.

La disposition anatomique du kyste ne suffit-elle pas à nous expliquer ces accidents? Ce kyste est entouré d'une cavité peri-kystique plus ou moins large ; celle-ci dans laquelle s'ouvrent généralement d'assez grosses bronches n'est donc séparée du liquide kystique que par la membrane propre, mince et friable ; cette dernière résiste par ce fait même qu'elle reste uniformément tendue et ne subit pas de secousses. Mais supposez une ponction dans ce kyste : il se vide en partie et son enveloppe devenue flasque bat les parois de l'espace périkystique à chaque inspiration ; ce va-et-vient joint à la petite déchirure qu'a fait le trocart ne sont-ils pas suffisants pour qu'une large rupture puisse se produire? Le liquide kystique inonde alors l'arbre trachéo-bronchique : le malade rend des flots de liquide kystique, quelquefois des hydatides : il étouffe, se cyanose et meurt parfois en quelques instants. Tel est, sans grandes modifications, le résumé de chacune des observations que je vous citais.

(1) Spillmann et Haushalter. — *Revue de Médec.*, 1888, t. VIII, p. 643.
(2) De Jong. — *Over locale Behandling by het recentslung-abscess* ; in *Nederl. Tijdschr.*, N° 13, 89. — *Jahresber.*, II, 260.
(3) Letulle. — *Dict. de Méd. et de Chir.* — Article *Poumons* (*Hydatides*).
(4) Carl Maydl. — Wien, 1891 ; cité *in* Thèse de Behr : *Du kyste hydatique du poumon*. Paris, 1895 ; p 88.
(5) Bristowe. — *Clin. society of London. The Lancet*, 20 décembre 1890.
(6) Cornil et Gibier. — *Soc. anat.*, 12 octobre 1883.
(7) Duguet. — Th. de Behr ; p. 136.
(8) Mackensie. — *Semaine médicale*, 1892, p. 1.8.

Sans faire encore intervenir la possibilité de l'infection du kyste, cela me parait suffisant pour rejeter la ponction, ou du moins pour ne l'utiliser que comme moyen de diagnostic, avec de petites aiguilles et en ne retirant que quelques gouttes de liquide. La pneumotomie, en revanche, donne de bons résultats, si des adhérences n'existent pas, la suture des feuillets pleuraux peut rendre service non point seulement en empêchant l'entrée de l'air, mais en protégeant la séreuse contre les hydatides qui peuvent y tomber et s'y greffer dans le cas ou ils sont vivants. Dès qu'on aura ouvert la cavité péri-kystique, le kyste lui-même se présentera sous forme d'une membrane blanche, mobile, faisant saillie à chaque effort de toux. En tirant sur la membrane, et avant que d'ouvrir le kyste, celui-ci peut se rompre et le liquide pénétrer dans les bronches ; mais les accidents sont bien moins graves alors que dans le cas de ponctions, la plus grande partie du liquide sortant par la large brèche faite à la paroi.

Tel est le traitement du kyste hydatique non ouvert dans la plèvre : si au contraire le kyste est rompu dans la séreuse, il faudra largement drainer celle-ci : c'est alors que l'opération de H. Delagénière pourra rendre grand service.

J'aurais voulu, Messieurs, en terminant cette étude de la pneumotomie passer en revue ses diverses complications ; malheureusement la plupart de celles-ci diffèrent avec chacune des lésions pour lesquelles on intervient. Je ne fais donc que vous rappeler les principales :

Le pneumothorax opératoire est moins à redouter qu'on ne l'a cru autrefois : comme dans toute thoracotomie, il peut être dû à l'entrée de l'air extérieur, mais de plus il peut être causé au cours de la pneumotomie par l'ouverture dans la plèvre d'une cavité pulmonaire communiquant avec les bronches.

Je ne reviens pas sur la question de l'infection possible de la plèvre : vous la préviendrez soit en la protégeant par des sutures, soit en la drainant de prime abord.

Les hémorrhagies peuvent être immédiates ou secondaires : immédiates, elles viennent de la paroi et il faut pincer le vaisseau qui donne ; ou du parenchyme, auquel cas on se servira du thermo-cautère chauffé au rouge sombre et mieux encore d'un tamponnement. Quant aux hémorrhagies secondaires dues le plus souvent à des ulcérations de vaisseaux, on aura chance de les éviter en faisant en sorte que les drains et les mèches de gaze ne restent pas trop longtemps en place.

Quant à la dyspnée, elle peut être due à une influence nerveuse, une thoracoplastie très étendue, un pneumothorax opératoire ; mais si vous la voyez survenir au cours d'un lavage intra-pulmonaire, n'accusez rien autre que cette imprudente manœuvre.

L'ouverture péritonéale semble tout d'abord une grave complication surtout si la plèvre contient du pus ; toutefois, j'ai vu se produire cette complication sans rien entrainer de fâcheux, et je crois qu'il ne faut pas s'en inquiéter outre mesure, si l'on ne perd pas de temps pour fermer la séreuse par quelques points de suture.

La plus fréquente des complications que vous aurez occasion de constater sera probablement la persistance de la fistule. Si celle-ci ne parait pas avoir de tendance à se fermer, que le malade perde ses forces, n'attendez pas trop ; dites vous que votre première opération n'était pas suffisante ; la thoracotomie peut être trop timide ; l'incision pulmonaire peut être trop étroite : *intervenez à nouveau* ; cela m'a parfaitement réussi.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Parole en Miroir.

Chacun sait ce qu'en pathologie nerveuse on appelle *l'écriture en miroir*, écriture que les *gauchers*, ayant eu pendant un certain temps l'habitude d'écrire de la main gauche, exécutent très facilement, ainsi que je pourrais le démontrer par un exemple personnel, étant moi-même gaucher de naissance, et ayant appris à mes débuts, à l'école primaire, à écrire de la main gauche.

Mais il ne me semble pas que jusqu'à présent on ait signalé un trouble absolument identique pour la parole, trouble que par analogie on me permettra d'appeler : *La Parole en Miroir*, quoique ces deux mots jurent assez de se voir accolés.

Pour la première fois, ce symptôme très bizarre paraît avoir été observé par mon ami, M. le Dr Doyen, qui m'a fait part de sa remarque il y a déjà quelques mois; son observation si curieuse vient en tout cas d'être publiée dans l'excellente thèse de l'un de ses élèves, M. le Dr Marcotte (1) et mérite vraiment qu'on attire l'attention sur elle.

Il s'agissait d'une petite fille de 12 ans, paraissant atteinte d'abcès cérébral consécutif à une otite, et qui fut trépanée *in extremis*. On crut, après l'opération, à de la syphilis. En tout cas, une amélioration notable se produisit; mais l'aphasie persista, et c'est alors que l'enfant se mit à prononcer des phrases incompréhensibles. Par exemple, celle-ci : « *Te-lan-ma*; *Yen-do sieur-mon*, *chant-mé*; *Le-quil-tran-ser-lais-me-vous-lez-vou.* »

La malade manifestait alors une colère très vive, voyant qu'on ne la comprenait pas; elle répétait constamment des phrases analogues, avec une volubilité croissante.

C'est alors qu'on eût l'idée d'écrire ce qu'elle disait et qu'on s'aperçut que ces paroles avaient parfaitement un sens. L'enfant débitait tout simplement les mots *en inversant les syllabes de la dernière à la première*, cela pour des phrases de 8, 10, 15 mots même, et sans la moindre erreur. Ainsi, les phrases citées plus haut voulaient dire : *Ma tan-te*; *Monsieur Doyen, méchant*; *Voulez-vous me laisser tranquille.* »

Ce trouble du langage a persisté cinq semaines chez cette fillette, qui est aujourd'hui une grande jeune fille, d'une santé tout à fait florissante.

Nous laissons aux spécialistes le soin d'étudier à fond ce nouveau trouble du langage. Pour nous, nous avons cru de notre devoir de journaliste de ne pas laisser cette curieuse observation perdue au milieu d'interventions chirurgicales, et c'est pour cette raison que nous avons tenu à la mettre en vedette. Certainement les neurologistes n'auraient pas été la chercher au milieu de récits de trépanation, et ç'eut été dommage (2). Marcel BAUDOUIN.

(1) Marcotte. — *De l'hémicraniectomie temporaire.* — Institut de Bibl., 1896.

(2) Sur l'*écriture en miroir*, consultez : Buschwal. — *Berl. Klin. Wochenschrift*, n° 1, p. 6, 7 janv. 1878; — Erlenmeyer. — *Die Schrift, Grundzüge ihrer Physiologie und Pathologie*; — Carl Vogt. — *Revue scientifique*, 1880, n° 52; — Skwortzoff. — *De la cécité et de la surdité des mots dans l'aphasie*, th. Paris, 1881; — Durand (Martial). — *De l'écriture en miroir*, (étude sur l'écriture de la main gauche dans ses rapports avec l'aphasie), etc. — L'article très intéressant de M. Durand a paru dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, déc. 1881 et a paru au tirage à part à la librairie Delahaye en 1882 (avec planches). B.

RÉCOMPENSES. — Une *mention honorable* a été décernée à M. le Dr Jaurès (de Dourgne), pour acte de courage et de dévouement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Xe SESSION DE PARIS (19-26 *Octobre* 1896) (1).

Séance du Mercredi 21 octobre (soir) (suite).

M. Aimé GUINARD (de Paris). — *De la laparotomie dans les contusions de l'abdomen.* — Deux fois j'ai été appelé, le 5 et le 7 mai 1896, pour des blessés qui avaient reçu, l'un un lourd madrier sur le ventre, l'autre, un violent coup de pied de cheval sur l'abdomen; j'ai fait ainsi deux fois la laparotomie et deux fois j'ai trouvé une rupture de l'intestin avec issue des gaz et des matières dans la cavité péritonéale. Malheureusement, au moment de mon intervention, l'accident datait déjà de 36 heures et mes deux malades ont succombé. Dans un troisième cas, au contraire, j'ai obtenu un succès. Une jeune fille de 20 ans avait reçu, dans une rixe devant l'hôpital même, un coup de couteau dans l'aine gauche. J'ai pu intervenir *immédiatement* : j'ai suturé deux perforations de l'intestin grêle et une large déchirure du mésentère par où une volumineuse artère donnait beaucoup de sang. Mon opérée a guéri en quelques jours sans la moindre complication péritonéale, bien que je n'aie pas fait de drainage. Je suis convaincu que ce succès est dû à la précocité de l'opération. J'appelle l'attention sur deux symptômes qui me paraissent des plus importants pour diagnostiquer la perforation de l'intestin en cas de contusion de l'abdomen. C'est d'abord la sonorité tympanique pré-hépatique, et, en second lieu, une contracture des muscles abdominaux qui empêche complètement toute exploration manuelle profonde. Pour les cas douteux, je conseille une boutonnière exploratrice précoce. Il faut pratiquer au-dessus du pubis, sur la ligne médiane, une boutonnière de deux centimètres. Si, comme cela m'est arrivé dans mes trois observations, on trouve dans la cavité péritonéale des gaz, des matières fécales ou du sang, on agrandit rapidement l'incision et on cherche la lésion viscérale; si, au contraire, la cavité péritonéale est intacte, on referme la boutonnière étroite qu'on avait pratiquée, et l'on n'a aggravé en rien l'état du blessé.

M. DEMONS pense qu'il y a deux circonstances qui contre-indiquent formellement l'intervention : c'est, d'une part, la légèreté de la contusion, et de l'autre, l'existence du choc. Dans ce dernier cas, il faut attendre que le malade se rétablisse.

M. MICHAUX (de Paris) n'est pas partisan de la boutonnière exploratrice. Il faut faire une large laparotomie.

M. RECLUS proteste de toute sa force contre la boutonnière préconisée par M. Guinard. Si l'on intervient, et dans la grande majorité de cas l'intervention doit être la règle, il faut faire une large laparotomie, qui seule permet de se rendre compte de l'état des viscères.

M. DEMOULIN rapporte une observation de plaie de l'abdomen avec sortie de l'épiploon qui pendait au-devant de la hanche droite. Pour plus de sûreté, on fit la laparotomie qui montra l'existence d'un hématome du cæcum, atteint par l'instrument vulnérant, et permit de faire la ligature de deux vaisseaux qui saignaient. Le malade guérit.

M. REBOUL (de Nîmes). — Une enfant de 3 ans, en tombant sur un tesson de bouteille, se fait une plaie du flanc gauche; il se produit par la plaie (de 5 centim. d'étendue) une hernie de la plus grande partie de l'intestin grêle, ne pouvant réduire l'intestin dont les anses sont rouges et agglutinées, après avoir recouvert le paquet intestinal d'un pansement aseptique, je fais transporter l'enfant à l'Hôtel-Dieu, puis j'interviens 1 h. 1/2 après l'accident : au moment de l'intervention, outre les anses de l'intestin grêle et le mésentère, l'épiploon, le côlon, l'estomac, faisaient hernie à travers la plaie. La réduction étant impossible à cause des cris de l'enfant et du volume de la masse intestinale herniée, je suis obligé d'anesthésier l'enfant et d'augmenter l'étendue de la plaie. La réduction devient alors facile. Pas de lésions profondes, pas de perforation intestinale, après toilette des organes herniés qui sont fortement injectés et agglutinés par des adhérences filamenteuses (péritonite), je

(1) Voir *Progrès médical*, nos 43, 44, 46 et 47.

les réduis régulièrement dans la cavité abdominale. Suture de la paroi par trois plans de suture. Glace sur le ventre. Suites normales. Guérison parfaite. J'insisterai sur la rareté de ce cas, sa gravité, l'importance d'une intervention rapide et la guérison que l'on peut obtenir dans des cas semblables, alors qu'il y a déjà péritonite.

M. Delorme (de Paris). — *Traitement des hémorrhoïdes par le procédé de Witehead.* — La méthode de Witehead me paraît être la méthode de choix, mais je limite son emploi aux hémorrhoïdes internes ou extéro-internes volumineuses, formant un bourrelet circulaire et non enflammé. Chez dix-huit opérés, le résultat immédiat comme le résultat définitif ont toujours été satisfaisants. L'incontinence des matières qui suit immédiatement l'opération est toujours temporaire; la gêne légère de la défécation qu'entraînent quelques cicatrices disparaît également. La cure est radicale, et si l'on a dépassé la zone des dilatations veineuses, comme le conseille Witehead, la cure est radicale. L'hémorrhagie immédiate est peu abondante; on n'a pas à redouter l'hémorrhagie consécutive. Quatre conditions sont indispensables pour assurer le succès de l'opération. 1° Dépasser les limites de la muqueuse malade ; 2° faire une bonne suture ; 3° conserver les spincters avec soin, surtout le sphincter externe; 4° obtenir jusqu'à solide réunion l'inertie absolue des muscles péri-rectaux. On hésite souvent à remonter au-dessus du sphincter interne jusqu'au niveau de la muqueuse saine; mais les sutures dans une muqueuse malade tiennent mal; la section remonte et on s'expose à obtenir non une cicatrice linéaire, mais une cicatrice étendue, rétractile, douloureuse ou rétrécissante. La suture à points passés, sur toute la circonférence rectale, comme le recommande Witehead, ne m'a pas toujours paru suffisante, car elle peut souvent manquer. J'applique toujours la muqueuse contre la peau aux quatre points cardinaux par des sutures à anses assez larges et modérément serrées. Je reste attaché à l'incision en quatre ailerons, indiquée par Witehead. J'applique ainsi plus commodément mes sutures et je juge bien de l'étendue des altérations de la muqueuse. Quand les hémorrhoïdes sont très volumineuses et anciennes, la dissection du sphincter externe, plus ou moins confondu avec elle, est délicate. On doit, pour ne pas l'intéresser, apporter beaucoup de soin à sa séparation. Il est plus facile de trouver le sphincter interne. D'ailleurs, il risque d'être délacéré, son dégagement se faisant avec l'angle de l'index. Le seul inconvénient est de le laisser à cause de sa minceur adhérent à l'intestin. Il n'y a pas à craindre l'action du phincter externe, dont l'action est annihilée pour un temps suffisant, mais celle du releveur annal qui tend à désunir la plaie. On donne donc des opiacés à haute dose pendant dix à douze jours. Au bout de ce temps, la plaie est réunie et les sutures sont tombées d'elles-mêmes.

M. Thomas Jonnesco. — *Le traitement des hémorroïdes par le procédé de Whitehead.* — Comme M. Delorme, j'emploie, depuis un an, la méthode de Whitehead pour le traitement des hémorroïdes, quelle qu'en soit la variété. J'ai pratiqué cette opération trente-cinq fois et toujours avec un succès parfait. Ma technique opératoire, légère modification de la technique de Whitehead, a été décrite par mon assistant, M. Juvara, dans les *Archives des Sciences médicales* (n° 2, mars 1896, p. 161). Je ne crois pas utiles les fils de sûreté dont parle M. Delorme, car, avec la suture directe de la muqueuse rectale abaissée à la peau, suture faite au catgut, j'ai toujours obtenu de très bons résultats. J'insiste aussi sur un point de la communication de M. Delorme, qui a trait aux muscles sphincters externes. Je dois dire que, dans mon procédé, ce muscle n'apparaît jamais dans la plaie opératoire. On y voit, en effet, que le sphincter interne, qu'on dégage, du reste, facilement, sans le détruire en aucune façon. En somme, cette opération est délicate, mais elle se fait relativement vite; la seule difficulté opératoire se rencontre alors que les hémorroïdes enflammées rendent la muqueuse très friable, ce qui constitue une difficulté pour la dissection.

Les suites opératoires ont été toujours des plus simples. Dans presque tous les cas, la réunion par première intention a été obtenue, quoique je ne constipe les malades que pendant 6 jours au plus après l'opération. Dans quelques cas seulement, chez un malade très anémié par le flux hémorroïdaire, et chez un autre à hémorroïdes énormes, procidantes et enflammées, il s'est produit une bande de sphacèle, au niveau de la suture muco-cutanée, et, quoique la réunion se soit faite, dans ces cas, par deuxième intention, il n'en est jamais résulté de stricture. Inutile de dire que les hémorrhagies, les fissures et les fistules péri-anales, les rétrécissements consécutifs anaux ou rectaux dont ont tant parlé les détracteurs de cette opération, sont autant d'accidents qui n'ont existés que dans leur imagination. En somme, je concluerai en disant que l'opération de Witehead est un excellent moyen de traitement des hémorroïdes, une véritable cure radicale applicable à toutes les hémorroïdes, sans aucune exception; elle peut pour ainsi dire ramener à la vie des gens à tel point anémiés que toute intervention sanglante et le chloroforme paraissent absolument contre-indiqués. J'ai traité quatre malades, de ce genre, qui ont parfaitement supporté l'intervention et qui actuellement sont méconnaissables.

M. Jullien (de Paris).— *Blennorrhagie ano-rectale.* — L'auteur a observé dans son service de Saint-Lazare 10 cas de blennorrhagie ano-rectale. Dans un certain nombre de cas, on a pu incriminer l'écoulement des sécrétions gonorrhéiques le long de la fourchette et du périnée vers l'anus ; dans d'autres, la cause de l'infection étaient des rapports sexuels anormaux. Les signes subjectifs sont à peine accusés, presque nuls. Objectivement, on trouve des condylomes péri-anaux, d'une complexion très caractéristique, des fissures et un écoulement contenant des gonocoques. Dans un cas on a pu surprendre la formation d'une colonne d'induration fibreuse dans la muqueuse rectale. On peut donc se demander jusqu'à quel point la blennorrhagie ano-rectale ne doit être incriminée dans l'étiologie des rétrécissements du rectum. Cette étiologie expliquerait la fréquence du rétrécissement chez la femme. La blennorrhagie ano-rectale est extrêmement rebelle au traitement, et la guérison ne s'obtient pas même au bout de 5 ou 6 mois de traitement.

M. Heydenreich (de Nancy). — *Modification à l'opération de la hernie étranglée.* — Après avoir mis à nu et ouvert le sac herniaire, on fait le débridement extérieurement au sac, c'est-à-dire que ce débridement ne sectionne pas le péritoine. Les avantages de ce procédé sont les suivants : 1° on ne risque pas, au moment du débridement, de blesser l'intestin ; 2° si le débridement provoque une hémorrhagie, le sang ne s'écoule pas dans le péritoine, et l'hémorrhagie est facile à arrêter; 3° quand, après la réduction de l'intestin, on achève l'opération par l'extirpation du sac herniaire, on agit sur un collet du sac intact et non divisé, ce qui facilite la manœuvre et écarte le risque de déchirer davantage le péritoine et de laisser la cavité péritonéale ouverte. Le débridement pratiqué extérieurement au sac est d'ordinaire suffisant pour lever l'étranglement; s'il ne suffit pas, il n'y a qu'à élargir l'ouverture à l'aide du doigt introduit dans le collet du sac.

M. Bousquet (de Clermont-Ferrand).— *Deux observations de variété rare de hernie.* — L'auteur communique deux observations rares de hernie. La première a trait à une femme de 31 ans, enceinte pour la cinquième fois, qui, vers le cinquième mois de sa grossesse, a été prise de vomissements incoercibles que rien ne parvenait à calmer. Après examen sérieux, M. Bousquet pensa que ces vomissements étaient dus à une ancienne hernie ombilicale disparue, mais qui avait laissé des adhérences épiploïques sur lesquelles tiraillait l'utérus développé. L'intervention chirurgicale justifia cette manière de voir. La laparotomie permit de constater la présence des adhérences présumées, et leur résection amena la cure radicale des vomissements. La patiente accoucha à terme d'un enfant bien portant. La deuxième observation présentée par M. Bousquet a trait à un cas de hernie inguino-labiale de l'ovaire droit, devenu kystique après son issue hors de l'abdomen. Des phénomènes d'étranglement s'étant produits, cette hernie fut opérée à la façon ordinaire, et l'intervention permit de reconnaitre l'existence du kyste ovarique dont le pédicule fut réséqué de la manière ordinaire. M. Bousquet a retrouvé dans la littérature huit cas semblables qui tous n'ont été reconnus qu'à l'opération.

M. Poullet (de Lyon). — *Guérison des hernies inguinales et crurales par l'autoplastie tendineuse.* — L'auteur décrit un

procédé qui consiste essentiellement dans l'obturation du canal inguinal ou du canal crural au moyen d'une lanière tendineuse taillée dans le tendon du droit antérieur, qu'on fait passer dans le canal inguinal en l'enroulant autour du pilier interne et en le greffant dans le pyramidal.

M. Ch. Monod (de Paris). — *Sur certain cas d'hydrorrhée, consécutive aux opérations pratiquées sur les organes du petit bassin chez la femme, pouvant en imposer pour une fistule urinaire.* — L'auteur appelle l'attention sur le fait suivant : A la suite de certaines interventions sur les organes du petit bassin chez la femme (ovariotomie, hystérectomie abdominale ou vaginale, voire même simple incision du cul-de-sac) il peut se produire, par une ouverture abdominale ou vaginale qui devient fistuleuse, un écoulement liquide d'une abondance telle qu'il semble ne pouvoir être autrement expliqué que par une lésion des voies d'excrétion de l'urine, uretère ou vessie. Mais ce liquide n'a ni la couleur ni l'odeur si caractéristique de l'urine, il en diffère aussi par sa composition chimique, en ce sens qu'il ne contient pas trace d'acide urique, et que l'urée qu'il renferme est toujours en faible proportion; de plus, les substances qui filtrent facilement à travers le rein (iodure de potassium, salicylate de soude, etc.) font toujours défaut dans ce liquide, tandis qu'elles sont facilement retrouvées dans l'urine de miction. Enfin dans trois cas, l'écoulement, après avoir duré pendant longtemps, a fini par se tarir, terminaison favorable qui ne s'observe guère dans les fistules urinaires. M. Monod rapporte en détail l'observation personnelle qui a été le point de départ de ses recherches sur ce point. Il en rapproche des cas analogues qui lui ont été communiqués par ses collègues, MM. Bouilly, Pozzi, Segond. Il énumère les arguments sur lesquels on peut s'appuyer pour établir qu'il ne s'agit probablement pas, en pareil cas, d'une fistule urinaire. Sans se prononcer sur l'origine de ce singulier écoulement, il fait remarquer que, du moins, il ne faut pas chez ces malades se hâter d'intervenir par une opération radicale, puisque la guérison spontanée peut survenir, bien qu'à très longue échéance.

M. Thomas Jonnesco (de Bucharest).— *De la splénectomie.* — M. Jonnesco a fait une entreprise aussi téméraire qu'heureuse, qualifiée jadis de « non chirurgicale » par les chirurgiens les plus éminents. La splénectomie pour rate malarique, leucocythémique ou cancéreuse (c'est de cette intervention qu'il s'agit) est, en effet, une opération réputée très grave, absolument prohibée par quelques-uns; d'autres la tolèrent dans des cas désespérés où l'on a épuisé toutes les ressources de la thérapeutique médicale. L'auteur nous présente les observations de deux malades.

Le premier est un homme de 48 ans, atteint, il y a quelques années, d'accès de fièvre intermittente; les accès de fièvre ont cessé depuis; mais la cachexie est profonde; à l'examen du ventre, on trouve une tumeur énorme occupant la moitié gauche de l'abdomen et une partie de la droite; le diagnostic posé est : hypertrophie de la rate due à l'infection paludéenne. Vu l'insuccès du traitement médical et l'insistance du malade qui demandait à être débarrassé, et, malgré son état de cachexie avancée, l'auteur pratiqua la splénectomie. Le pédicule renfermait de nombreux vaisseaux extrêmement développés; aussi fallut-il procéder à la séparation de chaque vaisseau et en faire successivement la ligature; le lendemain de l'opération, à la suite d'un accès de toux, la plaie suturée se rouvrit, l'auteur la ferma de nouveau et dix jours après enleva les points de suture. Les suites opératoires furent des plus simples; à partir du dixième jour, on fit au malade des injections sous-cutanées de suc splénique; il quitta le service un mois après, jouissant d'une santé parfaite.

Le deuxième cas est un jeune homme de vingt ans. Début de l'affection il y a cinq ans par des fièvres intenses; bientôt, cachexie prononcée, formation d'une tumeur à l'hypochondre gauche; abdomen très développé, hypertrophie du foie, rate énormément augmentée de volume. Malgré son état de cachexie, on lui fit la laparotomie médiane pour extirpation de la rate; on ferma la plaie; la réunion eut lieu par première intention; on ne lui fit que quelques jours après des injections de suc splénique; il se porte très bien maintenant.

M. Jonnesco conclut en souhaitant la propagation de cette intervention. Dans le cours du mode opératoire, il insiste sur la section des adhérences; la splénectomie paraît avoir une influence heureuse sur l'infection paludique. Enfin, les nombreuses expériences de l'auteur sur les animaux élucide un point physiologique peu connu : le rôle de la rate dans l'élimination et peut-être l'élaboration des toxines.

M. Hartmann. — La communication de M. Jonnesco m'engage à vous présenter le résultat de recherches faites par mon ami, le Dr Vaquez, dont vous connaissez la compétence en hématologie, sur 2 de mes opérées de splénectomie. Chez la première de mes malades, porteuse d'une rate paludique, la rénovation globulaire a commencé dès la première semaine et, en 15 jours, le chiffre des hématies est passé de 1,420,000 à 2.150,000. Un an après, il était redevenu normal à 4,200,000 avec une augmentation parallèle de la valeur en hémoglobine. Après 2 ans la composition du sang reste toujours normale. Chez la deuxième malade, il s'agissait d'une ablation de rate hypertrophique. La veille de l'opération le chiffre des hématies était de 4,850,000 avec valeur hémoglobinique normale. Les leucocytes atteignaient le chiffre de 30 à 35,000. Il y avait donc une leucocytose marquée avant l'opération. Pendant les premiers jours qui suivirent, le nombre des hématies diminua dans de faibles proportions, celui des leucocytes augmenta; mais ces modifications furent transitoires. 2 ans après l'opération, la malade présente une composition identique à celle antérieure à l'opération, soit une leucocytose légère. En somme, dans les deux cas, diminution du nombre des hématies et augmentation des leucocytes après l'opération, puis retour à l'état antérieur. La modification pathogène observée est-elle une conséquence de la splénectomie ? Des examens de M. Vaquez, fait après des laparotomies pour des causes diverses, lui ont montré des modifications passagères identiques. Il n'y a donc là rien de spécial à la splénectomie, et l'ablation de la rate, tout au moins de la rate malade, sclérosée, ne semble chez l'homme en rien modifier la composition du sang.

Séance du vendredi 23 octobre (matin).

M. Péan (de Paris). — *Néphropexie et hépatopexie simultanées.* — On observe plus souvent qu'on ne le pense l'abaissement du foie coïncidant avec l'abaissement du rein droit. L'incision de choix pour explorer le foie et préciser le diagnostic d'abaissement est une incision transversale assez longue pour permettre au chirurgien d'examiner l'organe dans son entier et de faire l'hépatopexie. Cette incision laisse audessous du foie une portion du péritoine suffisante pour pratiquer cette opération par notre procédé. A l'aide de fils de soie à anses séparées comprenant à la fois les séreuses et le tissu fibreux ou fibro-cellulaire, nous formons aux dépens des feuillets péritonéaux antérieur et postérieur un véritable cloisonnement qui s'oppose à la descente de l'organe. Dans les cas où un déplacement du rein droit coexiste avec celui du foie, nous faisons, dans la même séance, chez les malades encore robustes, la néphropexie et l'hépatopexie. Au lieu de suturer le rein à la paroi thoraco-abdominale par des fils qui le traversent, suivant le procédé ordinaire, nous créons au-dessous de lui une loge artificielle en réunissant à l'aide de sutures à la soie et de surjets au catgut, la face profonde du péritoine pariétal aux bords sectionnés et avivés de l'aponévrose profonde du transverse. Une suture à étages comprenant tout le reste de la plaie musculo-cutanée fixe la face antérieure du rein dans sa nouvelle position. Chez les malades affaiblis, nous remettons la néphropexie à une séance ultérieure.

M. Thomas Jonnesco (de Bucharest).— *De la néphropexie.* — M. Jonnesco préconise un nouveau mode opératoire pour la néphropexie. Il passe d'abord en revue le procédé de Guyon et en fait ressortir les inconvénients. Il insiste sur la permanence des fils; si l'on emploie le catgut, on peut avoir des surprises désagréables dues à l'asepsie imparfaite du fil; de plus, il peut se résorber avec une rapidité plus ou moins grande et disparaître avant la production des adhérences cherchées. Quant au fil de soie, il peut amener de la suppuration, malgré l'asepsie la plus parfaite; il peut être la cause de fistules, de douleurs internes, et provoque autour de lui une sclérose assez étendue du tissu rénal. Ce sont ces différents motifs qui ont déterminé M. Jonnesco à un procédé nouveau.

Ce procédé présente trois points importants :
1° Incision cutanée de la onzième côte jusqu'au-dessous de la crête iliaque, en suivant le bord externe de la masse sacro-lombaire; division des muscles et recherche du rein; 2° passage des fils de soie au nombre de trois; ces fils sont doubles : le premier suspend l'extrémité supérieure du rein; le deuxième est passé comme le précédent à 2 centimètres au-dessous du premier; le troisième complète le précédent à 2 ou 3 centimè-

tres au-dessous du deuxième, traverse la côte et suspend l'extrémité inférieure du rein ; 3° ligature des fils ; on lie au bout des fils doubles deux tampons de gaze stérilisée, on tire jusqu'à l'extrémité libre des fils pour suspendre le rein et l'appliquer sur les bords de la plaie. Ce procédé forme trois sangles qui suspendent le rein sans le serrer de trop. Il ne reste plus qu'à suturer la plaie sur quelques points de crin de Florence. Le cinquième jour, les adhérences sont suffisantes pour que les fils puissent être enlevés.

Ce procédé est certainement le meilleur, car il évite les inconvénients indiqués ci-dessus et supprime la possibilité de luxation de l'extrémité supérieure du rein, quand on ne fixe, comme dans le procédé classique, que son extrémité inférieure.

M. le Dr Pousson (de Bordeaux). — *De la néphrotomie dans l'hydronéphrose compliquée d'oligurie avec accidents urémiques.* — Communication intéressante à deux points de vue : 1° elle s'ajoute à quelques observations publiées antérieurement et démontrant que la suspension de la sécrétion rénale d'un côté peut retentir sur le rein du côté opposé pour en diminuer et supprimer complètement la fonction ; 2° elle vient à l'appui de l'opinion que nous avons émise, M. le Pr Demons et moi, il y quelques années, sur la valeur de la néphrotomie systématique dans l'anurie calculeuse et par extension dans toutes les anuries obstructives.

Observation. — M. D..., 51 ans, d'une bonne santé habituelle, eut, il y a treize ans, des coliques néphrétiques à gauche sans émission de graviers. Un an après, deuxième colique, et six mois plus tard, expulsion d'un gravier brunâtre de la grosseur d'un pois irrégulier à sa surface; huit jours après, second gravier qui s'arrête dans l'urètre, d'où il est extrait avec des pinces. Depuis, pas de coliques, mais à diverses reprises, décharges de sables rougeâtres. Plusieurs fois, sang dans les urines. Mais le malade continue à éprouver une douleur sourde, presque constante dans la région rénale gauche et des douleurs du côté du col de la vessie avec fréquence des besoins d'uriner.

C'est pour ces symptômes qu'il vint me consulter en 1890. L'examen de la vessie montre qu'elle ne contient pas de calculs. La lithine, une série d'instillations de nitrate d'argent au niveau du col de 1890-1894, procurent au malade un soulagement réel. Pendant deux ans, M. D..., assez bien, cessa de venir me voir. Le 28 juillet 1896, je suis appelé près de lui par son médecin habituel. M. D..., très pâle, très affaibli, peut encore se tenir debout ; mais il marche péniblement courbé sur le côté droit et se plaignant d'un gonflement du côté gauche ; il lui semble, dit-il, « qu'il a une poche d'eau dans ce côté ». Il urine en très petite quantité et depuis quatre jours, il a vu apparaître, sur la paroi abdominale et les cuisses, des taches de purpura.

Le malade s'étant mis au lit, je constate à la vue que l'hypochondre gauche et le flanc sont soulevés par une tuméfaction énorme que je limite aisément par la palpation et la percussion. La consistance est nettement fluctuante. Rien à droite. De jour en jour, les urines diminuent et dans les dernières vingt-quatre heures le malade a rendu moins de 200 grammes d'une urine foncée, épaisse, non purulente. Les envies d'uriner sont fréquentes; la vessie se vide complètement. M. D... accuse une grande faiblesse, de la céphalée, quelques troubles de la vision, pouls petit, fréquent, mais régulier, pas de température, langue blanche épaisse, soif vive ; ni nausées, ni vomissements, diarrhée légère. Ces phénomènes généraux d'intoxication urémique s'accentuent rapidement (purpura, tressaillements musculaires) et je propose l'incision de la région lombaire par la poche hydronéphritique.

Opération (30 *juillet*). — L'anesthésie obtenue, les téguments soigneusement désinfectés, le malade est couché sur le flanc droit. Je pratique une incision qui commence en haut au-dessous de la douzième côte et se recourbe suivant la crête iliaque. Malgré un abondant écoulement de sang noir, j'arrive rapidement sur l'atmosphère graisseuse du rein et au-dessous je suis avec le doigt la résistance élastique du rein distendu. Je ponctionne et j'incise d'un seul coup sur une longueur de trois à quatre centimètres : un flot de liquide séreux s'en échappe. Aussitôt la tumeur s'affaisse ; des pressions exercées dans ses régions la vident entièrement de son contenu. La totalité du liquide = deux litres.

Avec deux doigts introduits dans le sac rénal; j'explore soigneusement sa cavité : je suis nettement les éperons formés par les colonnes de Bertin et je m'assure que tous les calices communiquent avec le bassinet et qu'ils ne renferment aucune concrétion ; j'explore de même le bassinet qui ne renferme aucun calcul au point où il s'abouche à l'uretère. J'essaye le cathétérisme de ce conduit sans succès, ne voulant pas prolonger l'anesthésie de crainte de mettre la vie du malade en danger. Après avoir largement lavé le rein à la solution boriquée chaude, je tamponne sa cavité à la gaze iodoformée et je réunis les lèvres de la paroi lombaire au-dessus et au-dessous.

Suites de l'opération. — Nuit calme, pas d'élévation de température; les besoins fréquents d'uriner ont disparu. — 3 août. L'amélioration continue, plus de tressaillements musculaires, les taches de purpura pâlissent. Le malade a rendu par l'urètre 750 grammes d'urine un peu louche. — 4 août. 800 grammes d'urine. Bon état général. Apyrexie. Pas de calculs dans les urines plusieurs fois examinées. La plaie se ferme assez vite. — 22 août. Le malade reprend ses occupations. Il rend 1,400 à 1,500 grammes d'urines limpides sans dépôt purulent. Le rein a repris son volume normal. Il n'est nullement douloureux à la palpation. — A la date du 15 septembre, M. D... demeurait guéri.

Quelle que soit la pathogénie de cette hydronéphrose, le premier point intéressant que je désire faire ressortir, c'est que la distension rénale préparée de longue main et devenue subitement aiguë, a retenti sur la sécrétion de l'autre rein au point d'abaisser le taux de l'urine à 150 grammes en 24 heures et de déterminer des accidents urémiques, parmi lesquels le purpura mérite d'être signalé tout particulièrement. En second lieu, je signalerai l'heureux effet de l'incision du rein sur le retour de la fonction urinaire dans son parenchyme et dans celui de son congénère. La thérapeutique possède donc dans la néphrotomie une ressource précieuse pour combattre les accidents de l'anurie obstructive, de quelque nature qu'elle soit.

M. Albarran (de Paris). — *Note sur une série de 64 opérations pratiquées sur les reins.* — J'ai pratiqué 64 opérations sur les reins. Je n'ai eu que 5 morts. Ces opérations se décomposent ainsi : 7 néphrectomies dont un mort; 1 néphrectomie partielle; 24 néphrotomies dont 2 morts; 23 néphrorraphies sans décès; 5 néphrolithotomies dont 2 morts; 4 néphrotomies exploratrices toutes suivies de succès. Je n'ai pas observé de récidives parmi mes 23 néphrorraphies. La résection de la capsule adipeuse me paraît être une précaution indispensable. J'ai traité 9 malades atteints d'hydronéphrose, l'un d'un était porteur d'une hydronéphrose aseptique due à un calcul de cystine oblitérant le bassinet au niveau du collet. Ces 9 malades ont guéri. J'ai perdu un de mes 9 opérés pour pyonéphrose. Le diagnostic différentiel entre la pyonéphrose et la pyélonéphrite repose sur les décharges intermittentes de pus. Ce signe n'accompagne pas d'une façon constante les pyonéphroses. Si, au cours d'une néphrotomie, on se trouve en présence de pyélonéphrite, il faut drainer le bassinet; sous peine d'être obligé de faire une deuxième intervention. Mes opérations de néphrectomie dans les tuberculoses du rein m'ont donné 1 mort par méningite dix jours après l'intervention. 1 mort après trois jours dans une pyonéphrose tuberculeuse ; 7 sur 9 malades ont survécu de trois à huit mois. Dans un seul cas j'ai observé une survie de deux ans. J'ai perdu un malade sur 3 opérés par la néphrolithotomie. De deux pyonéphroses calculeuses graves traités par la néphrotomie et le drainage, un de mes malades est mort. J'ai fait une néphrectomie avec succès pour un cancer du rein, deux opérations exploratrices avec succès immédiats, la récidive me paraissant certaine et l'opération trop grave. Les deux malades vivent encore. Il faut s'abstenir d'opérer chez les malades porteurs de volumineux cancers; la survie est très longue. J'ai observé enfin, à la suite d'opérations sur le rein des accidents réflexes peu explicables et quelquefois mortels, d'autres fois disparaissant en deux ou trois jours. L'autopsie n'a rien pu découvrir chez un de mes néphrotomisés qui a succombé trois jours après l'intervention au milieu de symptômes graves. Vomissements, pâleur, anxiété, petitesse du pouls, contraction pupillaire sans élévation de la température.

M. Legueu (de Paris).— *Hydronéphrose par rétrécissement de l'uretère.* — J'ai suivi pendant plusieurs années une malade atteinte de rein mobile avec hydronéphrose. Des crises plus fréquentes déterminèrent la malade à accepter l'opération proposée depuis longtemps. Je voulais faire la néphropexie et j'abordai le rein par la voie lombaire. Je constatai alors que son parenchyme était réduit à l'épaisseur d'une feuille de papier; je l'enlevai; les suites opératoires furent excellentes. J'ai trouvé, à l'examen de l'uretère un rétrécissement très prononcé, laissant à peine passer un stylet ordinaire. Ce rétrécissement était unique, formé par du tissu de sclérose. Il cessait brusquement au niveau du bassinet et se prolongeait vers l'uretère; on voyait de ce côté reparaître peu à peu les fibres musculaires. La mobilité rénale avait été constatée il y a 20 ans chez cette malade. A mon avis, le rétrécissement a été déterminé par une inflammation légère et chronique juste au point où la ptose rénale avait déterminé une coudure ou une valvule. Cet exemple nous permet de confirmer l'hypothèse ad-

mise jusqu'à présent pour expliquer la transformation d'une hydronéphrose ouverte en hydronéphrose fermée. Il faut donc intervenir aussitôt que possible dans les reins mobiles avec accidents de rétention (1).

M. Maury (de Saintes). — *Hydronéphrose à marche suraiguë: Laparotomie; Néphrectomie secondaire; Guérison.* — L'auteur rapporte une observation dont l'étude se termine par les conclusions suivantes: les tumeurs liquides du rein, latentes pendant longtemps, peuvent subir un accroissement rapide par suite d'une infection de la poche rénale. Le diagnostic est alors impossible dans les formes suraiguës, avec envahissement de tout l'abdomen. La laparatomie immédiate, remplissant la première indication, l'évacuation du pus, permettra en même temps de reconnaître le siège précis du mal et les lésions primitives. Plus tard, pour combattre la fistule consécutive, il faut pratiquer la néphrectomie, lorsque l'on se sera bien assuré de l'intégrité absolue de l'autre rein.

M. Pozzi (de Paris). — *Traitement opératoire de l'exstrophie de la vessie.* — M. Pozzi relate l'observation d'une petite fille de 11 ans, affectée d'une volumineuse exstrophie vésicale avec large éventration. La dissection et la reconstitution de la vessie n'auraient pas été plus réalisables que sa suppression. Il fallait s'en tenir à une opération palliative. L'auteur, au lieu d'employer le procédé classique de Wood, a circonscrit la tumeur par une incision en fer à cheval. Le lambeau unique fut divisé en trois segments par deux incisions transversales rejoignant en bas la grande incision aux limites de la tumeur, et par deux incisions analogues pratiquées dans la partie supérieure. Après dissection des trois lambeaux de dehors en dedans et leur suture bout à bout, on avait formé une paroi vésicale antérieure avec surface cutanée tournée vers la cavité vésicale. Les muscles droits furent rapprochés après section à la pince-coupante d'un fragment du pubis où ils se fixent. Pour compléter le rapprochement dans leur portion inférieure, il fallut inciser la gaine fibreuse des grands droits, la dédoubler de dehors en dedans et suturer sur la ligne médiane les deux lames fibreuses ainsi obtenues. La surface dénudée fut recouverte par la peau mobilisée, grâce à deux incisions libératrices très longues et suturées sur la ligne médiane jusqu'au niveau des orifices uretérins. Quand la cicatrisation fut complète, il fut nécessaire d'aviver l'angle inférieur de la nouvelle paroi pour couvrir l'orifice des uretères resté béant. A l'heure actuelle, on ne voit plus les orifices des uretères. M. Pozzi présente la malade.

M. Malherbe (de Nantes). — *Plaie de la vessie par empalement.* — Il s'agit d'une plaie curieuse de la vessie que l'on peut résumer en quelques lignes : Marthe L..., fille publique, veut, pendant la nuit, grimper à un candélabre pour éteindre une lampe électrique placée au-dessus de la grille d'un édifice public. Ses forces la trahissent; elle retombe et vient s'empaler sur un des fers de lance qui surmontent la grille. Ses compagnons la décrochent non sans peine et on la transporte à l'Hôtel-Dieu de Nantes vers deux heures du matin. L'interne de garde constate une plaie dans le pli inguino-crural gauche; il réduit des parties qui se présentent entre les lèvres de la plaie et parmi lesquelles il croit reconnaître de l'épiploon et peut-être une anse d'intestin. Il tamponne la plaie avec une mèche de gaze iodoformée. La fille est dans un état sub-syncopal; cependant elle se remonte un peu les jours suivants. Le second jour elle commence à rendre de l'urine par la plaie. On lui met une sonde à demeure. Après 8 jours la sonde est enlevée et c'est alors que je prends le service. L'urine recommence à couler par la plaie et une injection de lait poussée par l'urèthre revient immédiatement par la plaie. On a donc la certitude que c'est bien la vessie qui est blessée. En même temps la température s'élève et tous les soirs elle monte entre 39° et 40°. En palpant le trajet de l'uretère gauche, on sent un empâtement remontant presque jusqu'à la région du rein. Je fais replacer une sonde à demeure et la vessie est lavée soigneusement tous les jours. Malgré ces précautions il survient encore plusieurs poussées fébriles. Quand on palpe la région pubienne, on sent un gonflement dur et douloureux qui ne permet pas de bien se rendre compte des lésions. Enfin, la défervescence définitive a lieu, le gonflement diminue ainsi que la douleur et alors la palpation montre que la branche horizontale du pubis a été fracturée. Il y a un cal manifeste. Le fer de la lance a donc passé par le trou sous-pubien. Nous ne saurions dire si c'est le fer de lance lui-même ou bien une esquille du pubis qui a déchiré la vessie probablement distendue au moment de l'accident. On ne fit aucun autre traitement chirurgical que la sonde à demeure et les lavages vésicaux. Quand la plaie parut suffisamment fermée, on se borna à des sondages quotidiens qui, eux-mêmes, furent bientôt supprimés. Actuellement, un an après l'accident, la malade qui a repris son métier peu hygiénique, reste en parfaite santé.

(*A suivre*). Lombard.

(1) Voir Terrier et M. Baudouin. — *Hydronéphrose intermittente.* Paris, 1891.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 21 novembre 1896. — Présidence de M. Chauveau.

M. Charrin rapporte un cas d'*accidents épileptiformes d'origine expérimentale* chez un cobaye injecté, il y a 7 mois de toxines diphtéritiques. Les pincements de la peau dans la région du cou déterminent chez lui une attaque nette avec mouvements convulsifs des membres et extensions spasmodiques. Cette épilepsie, comparable à celle que Brown-Séquard déterminait expérimentalement, est-elle due à l'ébranlement nerveux déterminé par une section expérimentale du sciatique ou à l'action de la toxine; c'est ce qu'il est impossible de dire à l'heure actuelle, surtout en raison de l'absence d'examen histologique.

MM. Achard et Bensaude ont étudié les *causes d'incertitude du diagnostic de la nature des microbes par leur agglutination dans le sérum.* Ils ont constaté que les propriétés agglutinatives étaient variables suivant les échantillons de sérum employés, et d'autre part, que des types bacillaires très voisins du bacille d'Eberth, des *bacilles paratyphiques*, le bacille de la psittacose ou des perruches infectieuses, en particulier, déterminent la même réaction agglutinative, ainsi que certains bacilles rencontrés par les auteurs dans des abcès variés. Le pouvoir agglutinatif des sérums varie du reste suivant les animaux; et c'est un point dont on doit tenir le plus grand compte dans les applications de ce pouvoir au diagnostic.

MM. Gilbert et Cariot ont tenté l'*injection de foie et l'injection d'extrait hépatique* chez des malades atteints d'insuffisance hépatique et communiquent leurs premiers résultats, variables et incertains dans les cirrhoses, appréciables dans quelques cas de diabète.

M. Guirand expose ses recherches statistiques *sur le cycle d'évolution des maladies virulentes.* Il prend, comme exemple, la diphthérie et constate que le maximum de la maladie revient tous les 9 à 10 ans, du moins pour le nord-ouest de la France.

MM. Tuffier et Hallion ont essayé sur l'animal un certain nombre d'*opérations chirurgicales sur le médiastin*, en ayant soin de suppléer à l'affaissement pulmonaire résultant de ces résections costales par la respiration artificielle. Dans ces conditions, et en s'aidant pour la dissection des parties profondes d'une lampe à incandescence, on peut opérer sur cette région si dangereuse sans craindre la mort subite.

M. Wertheimer (de Lille), adresse une note sur les voies de résorption de la bile dans le foie.

MM. Langlois et Athanasiu décrivent les effets de l'*extrait de capsule surrénale malade* sur la pression sanguine. L'extrait ne modifie pas la coagulation de la peptone. En général, l'effet sur la pression sanguine est variable, et ne s'éloigne pas beaucoup de celui qu'on observe avec l'extrait de capsule saine ou simplement hyperhémiées.

Élections. — M. Hanriot est nommé membre de la Société de Biologie par 37 voix sur 52 votants. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 novembre. — Présidence de M. Hervieux.

La cicatrisation des artères et des veines après la ligature.

M. Cornil décrit la série de phénomènes qui se passent à la face interne des veines et des artères après la ligature : 1° prolifération et multiplication des cellules de l'endothélium ; 2° pénétration par ces cellules devenues en partie libres du caillot fibrineux; 3° bourgeon cellulaire formé de grumeaux, organisé, plus marqué en un point ; 4° formation de fentes et d'un réseau pseudo-capillaire dans le coagulum fibrino-sanguin. Dix jours après la ligature d'une veine, la transformation complète du caillot en tissu conjonctif avec union des vaisseaux de la paroi et des néo-vaisseaux pseudo-capillaires est achevé. Le pro-

cessus de cicatrisation est plus lent sur les artères que sur les veines : il retarde de cinq à six jours, ce qui s'explique aisément par la résistance des lames élastiques et la difficulté qu'éprouvent les vaisseaux de la tunique externe à les traverser.

Intoxications par la bière collée au bisulfate de chaux.

M. Manouvrier (de Valenciennes) rapporte toute une série de faits d'accidents gastriques (nausées, inappétence, coliques, diarrhée, météorisme) et nerveux (courbature, hébétude) déterminés par de la bière clarifiée au moyen du bisulfate de chaux. Un litre de bière renfermant jusqu'à 0 gr. 005 d'acide sulfureux.

De la morve chronique chez l'homme.

M. Hallopeau lit un rapport sur l'observation récemment communiquée par M. Rémy. Dans ce rapport, M. Hallopeau fait particulièrement ressortir l'importance qu'aurait l'étude de la manifestation initiale de la morve. On pourrait peut être, en la détruisant, essayer, avec plus de chances que dans la syphilis, d'enrayer le développement de la maladie, car l'infection peut rester longtemps localisée ; il semble que les adénopathies puissent lui former une barrière ; il serait intéressant de rechercher, chez un animal, si dans un cas de farcinose ainsi circonscrite, les autres parties de l'organisme sont ou non en état d'immunité à l'égard du virus.

A propos de la réaction classique de Straus dans le diagnostic de la morve (vaginalite aiguë après 36 heures par inoculation intra-péritonéale chez le cobaye), M. Hallopeau fait observer qu'il a obtenu cette réaction par inoculation de pus de mycosis fongoïde. Toutefois, la vaginalite est plus tardive, moins intense ; le pus n'offre pas l'aspect caséeux. Le bacille morveux est remarquable par sa grande virulence, sa puissance destructive supérieure à celle des tuberculoses et des syphilis les plus malignes et aussi par sa grande vulnérabilité ; une simple cautérisation peut suffire à en enrayer la propagation ; aussi le traitement par le thermo-cautère, lorsqu'il peut être mis en œuvre, est-il le plus efficace ; la guérison est possible. Elle ne doit être considérée comme définitive qu'au bout de nombre d'années, car, comme la tuberculose, la syphilis et la lèpre, la maladie peut, pendant très longtemps, rester silencieuse pour se manifester de nouveau par des accidents presque toujours mortels. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 13 novembre 1896. — Présidence de M. d'Heilly.

Kyste dermoïde du bassin ouvert dans la vessie.

M. Le Gendre soignait une malade pour des troubles vésicaux; durant plus d'un mois elle souffrit de cystite et de péricystite avec fièvre. La palpation révélait un certain empâtement dans le bas-ventre. Un jour la malade rendit avec l'urine des débris membraneux et des poils. M. Le Gendre posa le diagnostic de kyste dermoïde ouvert dans la vessie. Ce diagnostic fut vérifié par l'opération que pratiqua M. Tuffier. Le siège du kyste était entre la vessie et l'intestin, et le contenu était composé surtout de substance sébacée altérée.

Lactescence et opalescence du sérum sanguin chez les albuminuriques.

M. Achard a constaté ce phénomène, signalé par M. Widal, chez un tuberculeux albuminurique. Il a pu aussi le remarquer chez des lapins inoculés expérimentalement de *proteus* qui avaient des lésions rénales et de l'albuminurie. Il rapproche ces faits des cas d'ascite laiteuse non chyleuse.

M. Variot demande si les malades qu'a observé M. Widal n'étaient pas soumis au régime lacté. Ayant constaté de la lactescence du sérum chez des chiens inoculés de sérum de Roux et soumis à la diète lactée, il avait cru à l'influence du régime sur cette modification du sérum.

M. Widal prétend que le lait n'est pas cause du phénomène, qu'il croit même que la lactescence du sérum diminue sous son influence.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 novembre 1896. — Présidence de M. Ch. Monod

Prolapsus rectal.

M. Bazy a employé le procédé de M. G. Marchand pour un prolapsus rectal, c'est-à-dire la rectopexie postérieure et s'en est bien trouvé.

M. G. Marchant. — A côté des cas de prolapsus rectal, il faut placer ceux d'invagination recto-colique. Dans le prolapsus, il y a surtout élongation du rectum et disparition des plis musculaires ; le releveur, le sphincter sont atrophiés. D'où augmentation de volume énorme de l'ampoule rectale. A côté de ce prolapsus type, il y a celui des gens jeunes, des soldats (le prolapsus vient alors à la suite d'un effort), et dans ce cas il y a hypertrophie musculaire. Il faut donc distinguer deux espèces de prolapsus, prolapsus de faiblesse et prolapsus de force. Dans les deux cas, on trouve l'augmentation de volume de l'ampoule rectale; c'est la seule lésion commune. Si on ne fait pas la rectopérinéorrhaphie, on ne remédie pas à la lésion véritable. La rectococcypexie ne lutte pas contre la hernie muqueuse ; mais des moyens simples peuvent remédier à cet inconvénient.

M. Reynier fait un rapport sur une observation envoyée par M. Courtin (de Bordeaux) sur une *hernie inguinale du cæcum*. Après l'ouverture du sac se produisirent deux perforations intestinales. On mit sur les anses intestinales deux pinces et on réséqua tout ce qui dépassait l'anneau. Abouchement latéral par entérorrhaphie de l'intestin grêle avec le cæcum. Celui-ci fut oblitéré et ce n'est que plus haut qu'il fit l'abouchement. Le malade guérit et fut revu un an après. Les hernies du cæcum ont été signalées depuis longtemps et leur mécanisme a été différemment expliqué.

Ostéome du maxillaire inférieur.

M. Lejars. — Il y a quelque temps, M. Berger présentait une observation, peut-être unique, d'ostéome du maxillaire. J'ai eu l'occasion de voir une malade atteinte d'une affection semblable. Le maxillaire ne présentait aucune dent cariée et aucune anomalie dentaire. Il existait une tumeur que l'on dut attaquer après l'incision extérieure avec la gouge et le maillet. A l'examen histologique on reconnut du tissu osseux pur.

Tumeur de l'encéphale.

M. Barette. — Il s'agissait d'un malade atteint d'un traumatisme ancien, chez lequel existait une tumeur comprimant le cervelet. Entre le traumatisme et les premiers symptômes se passèrent 15 années. A ce moment, douleurs intenses, altération de la vision, puis contraction dans les muscles postérieurs de la nuque. Au crâne, on sentait une perte de substance avec fragment osseux mobile. L'intervention fut décidée et je résolus de la faire en deux temps. Après l'incision du péricrâne survint une hémorrhagie veineuse dont le malade mourut le lendemain. A l'autopsie, on trouva deux orifices dans le crâne, dont les parois étaient amincies et remplies de gros canaux veineux. Dans le cerveau, le cervelet, existait un néoplasme qui gagnait le pressoir d'Hierophile où il interrompait le courant veineux des sinus. La nature histologique de cette tumeur a été examinée. C'était un sarcome névroglique.

M. Reygnier présente des pièces d'*hématocèle par grossesse extra-utérine*.

M. Quénu présente des pièces d'*ablation du rectum*.

M. B.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE.

Séance de novembre 1896. — Présidence de M. Koff.

Retard de cicatrisation che les opérés de cataracte.

M. Vignes. — Je viens de suivre deux opérés de cataracte phaco-scléreuse, qui ont mis à cicatriser le premier, 10 jours, le second, 20 jours ; finalement ils ont guéri fort bien, sans correction de l'astigmatisme opératoire ; le premier présentant, 15 jours après réformation de la chambre antérieure V = 0,3; le deuxième, 4 jours après, V = 0,4. Dans les deux cas, j'ai procédé à la kératotomie—comme à mon habitude —en taillant en pleine cornée un lambeau mesurant le tiers de la hauteur totale

de la membrane. Les lambeaux étaient réguliers et se coaptaient exactement. Mon premier malade était diabétique, amaigri, catarrheux. Mais le second, venu de Pau, âgé de 59 ans, sans antécédent, ne souffrait de rien. Le premier gardait difficilement le repos; le second était un modèle de patience. L'analyse d'urine de ce dernier, faite par le Dr Delage, a montré qu'il n'était ni albuminurique, ni diabétique, ni phosphaturique. Seul le chiffre de l'urée est inférieur; il représente le tiers seulement de la moyenne. Cet abaissement est-il le fait du changement de régime (séjour à la chambre) ? ou l'indice de troubles organiques et vitaux qui nous ont échappé? Le premier malade avait, après guérison, la pupille normalement placée; chez le second, elle était un peu remontée; ceci était dû à l'accolement de l'iris aux lèvres de l'incision. Cet accolement s'est produit dans les trois derniers jours. Ce dernier fait ne corrobore par l'opinion de Parinaud sur l'avantage du rétablissement tardif de la chambre antérieure pour éviter le prolapsus de l'iris.

M. Valude. — Les faits du genre de ceux que vient de rapporter M. Vignes sont connus et j'en ai publié quelques-uns du même genre. J'ai fait connaître alors les effets très rapides de l'iridectomie, à la suite de laquelle j'ai toujours vu la chambre antérieure se refermer dans les 24 heures, alors que la plaie était restée jusque-là, pendant des semaines, sans tendance à se refermer. M. Vignes aurait certainement employé ce moyen avec succès.

M. Parent. — J'ai présent à la mémoire deux cas de retard de cicatrisation chez des diabétiques. La chambre antérieure s'est fermée sans iridectomie. Pourquoi remplacer la pupille petite et ronde par une large brèche de l'iris ? Y a-t-il de graves accidents à redonter à la suite de ces retards ? Je me demande donc s'il est bien nécessaire de faire cette opération supplémentaire et si le conseil de M. Valude est à suivre.

M. Abadie. — Pour ces retards de cicatrisation, il ne faut pas songer à incriminer l'état général, mais bien plutôt à la façon dont a été pratiquée la section cornéenne. C'est ce que j'ai déjà démontré dans les *Annales d'oculistique* en juillet 1896. L'obliquité de l'incision altère la membrane de Descemet qui prend des adhérences avec l'iris, et il en résulte un aplatissement de la chambre antérieure, qui persiste même après la cicatrisation, et produit des leucomes plus ou moins étendus.

M. Chevallereau. — Dans plusieurs cas de retard de cicatrisation, j'ai noté des opacités de la cornée et j'ai pu voir qu'il y avait adhérence du bord de la pupille à la cornée ; ce sont ces adhérences qui empêchent la cicatrisation.

M. Terson. — C'est plutôt à des causes locales que le retard de celle-ci est dû. Pour y remédier, j'ai obtenu de bons effets de l'iridectomie. Je me sers aussi de l'atropine qui a donné de bons effets entre les mains de M. Panas.

M. Despagnet. — C'est en vain que j'ai essayé les instillations d'atropine. Chez une femme de 80 ans, après un retard de plus d'un mois et des accidents infectieux, la cicatrisation s'est faite après une iridectomie et un lavage de la chambre antérieure.

M. Kœnig. — Nous avons tous constaté ces retards de cicatrisation chez les opérés de cataracte. Chez un de mes malades, la plaie mit vingt jours à se cicatriser. Le défaut de coaptation était au milieu, et, chaque fois qu'on découvrait l'œil, l'humeur aqueuse s'écoulait. Ce retard n'influe en rien sur la vitalité du lambeau, et l'on n'a pas l'habitude de constater dans ces cas-là une opacification de la cornée; sa transparence reste parfaite ; c'est pour cela qu'il me paraît difficile d'interpréter ce phénomène par un état général défectueux. J'ai pu opérer, étant donné le milieu dans lequel j'exerce, un certain nombre de cataractes chez les diabétiques ; très souvent, l'analyse a révélé une diminution de l'urée, et j'ai constaté la lenteur de la cicatrisation. J'ajouterai même que, dans les cas ordinaires, elle se fait rapidement, pourvu toutefois que l'opération soit faite après la cure thermale. Deux des malades qui ont présenté l'inconvénient signalé par M. Vignes se portaient très bien, et l'analyse des urines n'avait rien fait connaître d'anormal. Je ne crois donc pas que l'on puisse incriminer le mauvais état général ; c'est plutôt à une cause mécanique qu'il conviendrait, à mon avis, de rapporter l'accident. La cause la plus probante me paraît être une forme particulière de l'incision, et l'épaisseur des lèvres de la plaie. Il pourrait se faire aussi que, chez certains sujets, la production de l'humeur aqueuse soit plus abondante, et qu'en modifiant les conditions d'équilibre des milieux de l'œil, sa filtration mît un obstacle à la cicatrisation de la plaie. Je dirai, en terminant, qu'il ne saurait être question, dans les cas qui nous occupent, des accidents qui déterminent l'opacification des lambeaux, ce qui les caractérise, c'est précisément l'intégrité permanente de la cornée, quelle que soit la durée de la cicatrisation. Les cas de retard de cicatrisation dont on vient d'entendre parler et qui s'accompagne de troubles de la cornée et adhérences iriennes n'entrent pas dans la discussion actuelle.

M. Vignes. — Il est possible que l'iridectomie eût activé la cicatrisation; mais j'ai préféré attendre pour conserver une pupille intacte. Mes deux cas ne sont pas analogues à ceux où le retard de cicatrisation est accompagné d'opacités cornéennes, je ne crois donc pas qu'il faille incriminer l'incision. L'augmentation dans la sécrétion de l'humeur aqueuse existe chez tous les opérés de cataracte, même chez ceux qui se cicatrisent rapidement. Je ne me préoccupe pas, moi non plus, beaucoup de l'état général avant l'opération ; mais j'ai voulu seulement vous soumettre ces variations dans la sécrétion de l'urée pour savoir si des cas semblables avaient été observés.

Un cas de conjonctivite infectieuse.

M. Despagnet — Il s'agit d'un enfant pour lequel je fus consulté le 17 octobre de cette année. Il était atteint d'une affection que je n'avais jamais observée, mais qui me remit immédiatement en mémoire un travail que M. Parinaud avait présenté à la Société en 1889. On sait que la conjonctivite infectieuse d'origine animale est caractérisée par l'apparition de végétations plus ou moins volumineuses, généralisées ou localisées, de la conjonctive, et par le développement simultané d'un engorgement ganglionnaire indolent qui aboutit à la suppuration des ganglions préauriculaires, sous-maxillaires ou cervicaux. Il y a peu ou pas de sécrétion conjonctivale, malgré l'intensité des lésions ; mais, par contre, on note le plus souvent des troubles de l'état général, de la fièvre, de l'inappétence. Chez le petit malade, qui est aujourd'hui presque complètement guéri de son affection, la conjonctive tarsienne présentait il y a quinze jours de véritables framboises à la surface. L'engorgement ganglionnaire était considérable, à tel point qu'on avait cru au début à une adénite simple. Les symptômes généraux étaient très accusés et n'ont disparu que depuis quelques jours. Le seul point, par lequel cette observation diffère de celle que M. Parinaud a relatée, consiste dans l'absence de suppuration. Malgré leur volume initial, la résorption des masses granuleuses s'est produite sans suppuration.

J'ajouterai un mot au point de vue du traitement. M. Parinaud conseillait les instillations de nitrate d'argent. Il m'a semblé, d'après ce que j'ai constaté chez une jeune malade, qu'il était préférable de ne pas irriter la muqueuse et que les cautérisations pouvaient peut-être prolonger la durée de l'affection. Je crois que les lotions boriquées chaudes et la pommade iodoformée suffisent pour amener la guérison. Au point de vue étiologique, je n'ai que peu d'indications sur la manière dont l'affection a pu être contractée. La chambre de l'enfant se trouve, il est vrai, au-dessus d'un étal de boucher. Un fait certain, c'est que dans la pension où habite notre malade on n'a pas noté de faits de contagion.

M. Abadie. — Depuis que mon attention a été attirée sur ce sujet par la communication de M. Parinaud, j'ai vu que ces conjonctivites infectieuses comprenaient elles-mêmes plusieurs variétés assez dissemblables les unes des autres pour mériter une description à part. C'est ainsi que j'ai observé à l'Asile de Vaucluse une épidémie de conjonctivite qui frappa subitement une centaine d'enfants élevés dans l'Ecole annexée à cet établissement. Chez presque tous ces petits malades les deux yeux étaient atteints simultanément; quelques-uns, le plus petit nombre, présentèrent des complications cornéennes, la conjonctive bulbaire et palpébrale était tuméfiée et secrétait abondamment, mais sans présenter une surface bourgeonnante. En outre, il n'existait presque pas de tuméfaction des ganglions préauriculaires et cervicaux. La cause de cette épidémie ne fut

pas difficile à trouver, elle aussi d'origine animale. Contiguë à l'Etablissement scolaire se trouvait, en effet, une porcherie qui exhalait une odeur infecte. Une terrible épidémie de rouget venait de détruire le plus grand nombre des porcs qui s'y trouvaient. La porcherie fut désinfectée de suite, rasée, transportée ailleurs et l'épidémie ne se reproduisit plus. Voilà donc une conjonctivite d'origine infectieuse animale et qui diffère notablement par son aspect clinique de celle décrite par M. Parinaud qui est toujours unilatérale, s'accompagne de végétations exubérantes de la muqueuse, et d'engorgement des ganglions du voisinage. J'ai eu enfin occasion d'observer une autre forme qui diffère des précédentes surtout par sa gravité. En retournant la paupière, on observe en un point de la surface conjonctivale comme un champignon fongueux, sans doute au point d'inoculation, puis les ganglions se prennent, les préauriculaires, puis les cervicaux ; ils deviennent très volumineux, suppurent et cette suppuration est interminable. Chez une jeune fille qui resta plusieurs mois soumise à mon observation, la situation devint grave ; il fallut ouvrir une multitude d'abcès, faire des drainages dans la région cervicale ; la suppuration était terminable. Je me suis demandé depuis si ce n'était pas là un cas d'actinomycose. Quoi qu'il en soit, voilà encore une autre forme clinique qui diffère par sa gravité exceptionnelle de l'autre forme dont j'ai parlé.

M. Darier. — Je crois me rappeler très bien le cas dont vient de nous parler M. Abadie et au sujet duquel il a émis l'hypothèse d'une actinomycose. Or, je puis affirmer que cette supposition qui m'était venue aussi doit être absolument retirée, car de nombreux examens ont été faits au laboratoire du professeur Strauss par notre aide de clinique d'alors, M. le Dr Domec. Jamais il n'a pu constater la présence du moindre actinomyce, ni dans les lambeaux du tissu morbide extraits à la curette, ni dans les cultures qui n'ont révélé la présence que de staphylocoques.

M. Kœnig. — Le cas dont vient de nous entretenir M. Despagnet est une preuve qu'il existe des conjonctivites de nature infectieuse, dont les symptômes sont variables, et qui n'ont pas encore trouvé en clinique de dénomination précise. On n'a pas songé que quelques-uns des cas qui ont été décrits appartenaient peut-être à une affection qui prend une place prépondérante dans le cadre nosologique des maladies infectieuses, je veux dire : l'*actinomycose*. Le cas que nous venons de voir me confirme dans cette opinion. Cette pensée m'a été suggérée par un cas grave d'actinomycose dont j'ai pu suivre la dernière évolution. Les complications oculaires qui se manifestèrent du côté droit précédèrent l'apparition d'accidents graves qui se terminèrent par une tuméfaction de la région parotidienne qui aboutit à la suppuration, et par la formation d'abcès prévertébraux dans la région cervicale. Ce fut d'abord un épaississement irrégulier de la conjonctivite, puis survint un larmoiement très accentué. Ces symptômes avaient déjà existé autrefois, et sans vouloir affirmer d'une manière absolue leur corrélation, il est certain que le diagnostic eût été plus facile, si la symptomatologie oculaire avait été justement interprétée par l'analyse bactériologique. Je ne puis donc m'empêcher de soupçonner cette origine dans quelques-uns des cas publiés. L'analyse des divers aspects cliniques est frappante. Ces végétations, ces bourgeons charnus rougeâtres que nous rapportions au trachome, lui appartiennent-ils réellement ? Ne renfermaient-ils pas des grains actinomycosiques ? L'actinomycose affecte des types si divers qu'il est parfois méconnaissable ; mais en présence d'une conjonctivite infectieuse monoculaire, accompagnée d'adénite qui finit par suppurer, je crois qu'il serait prudent de penser à la présence de l'actinomyces. Déjà dans les canalicules on a trouvé les grains typiques ; il y a lieu de prévoir que l'on rapportera à la *conjonctivite actinomycosique* quelques-unes des lésions groupées aujourd'hui sous la dénomination de conjonctivite infectieuse. On conçoit de quelle importance serait un diagnostic précoce de cette maladie quand elle débute par la muqueuse oculaire, puisqu'on serait en mesure d'arrêter l'évolution d'accidents qui sont toujours d'une gravité extrême. On ne pourra arriver à ce résultat que par l'analyse bactériologique des végétations ou des sécrétions.

M. Despagnet. — Les cas dont vient de parler M. Abadie ne sont pas analogues à ceux de M. Parinaud et au mien. D'après mon observation, il est avéré que dans les conjonctivites infectieuses d'origine animale l'engorgement ganglionnaire n'est pas toujours suivi de suppuration.

Sérothérapie antistreptococcique dans la dacryocystite purulente rebelle à streptocoques et dans les autres streptococcies oculaires.

M. Boucheron. — Un grand nombre de dacryocystites purulentes sont produites par les streptocoques. La *dacryocystite à streptocoques* paraît être fréquente, car ce sont des streptocoques qui ont été trouvés dans la plupart des observations publiées, mais il faut remarquer qu'il s'agissait presque toujours de cas sérieux. La dacryocystite purulente à *streptocoques* est un type défini, caractérisé par la présence des streptocoques dans le pus, par le phlegmon du sac lacrymal, parfois récidivants, par la persistance de la purulence fréquente après l'état aigu, par la conjonctivite lacrymale fréquente aussi, et par la rhinite à streptocoques plus fréquente peut-être. Le rétrécissement du canal nasal précède souvent et accompagne preque toujours la purulence du sac. Les cas les plus rebelles sont ceux où la purulence du sac se prolonge après les phlegmons aigus du sac malgré la thérapeutique chirurgicale et antiseptique usitée aujourd'hui. Dans les formes atténuées la purulence disparaît spontanément. C'est pour les cas rebelles que la sérothérapie antistreptococcique est surtout indiquée. Avec l'injection hypodermique du sérum de Marmorek à demi-doses, soit cinq centimètres cubes trois ou quatre fois, à quelques jours d'intervalle, on voit, sans autre traitement, disparaître la purulence du sac lacrymal, la conjonctivite lacrymale et la rhinite coexistantes, en peu de jours. C'est ainsi que, chez une femme de 39 ans, affectée de larmoiement depuis 4 ou 5 ans, atteinte d'un premier phlegmon du sac à l'occasion d'une grossesse, et ayant subi trois autres phlegmons du sac en 14 mois avec persistance de la purulence du sac dans l'intervalle des phlegmons, malgré les traitements employés, — la première injection hypodermique du sérum de Marmorek, faite contre cette purulence persistante, amena une grande amélioration ; une deuxième injection, pratiquée 15 jours après, fit disparaître ce qui restait de pus dans le sac, les restes de la conjonctivite lacrymale, et améliora considérablement la rhinite. Une troisième injection, huit jours plus tard, fut encore faite pour consolider ces résultats. Dans les streptococcies locales des organes oculaires, capables de produire des complications lors des opérations de cataracte, ou autres, et lors des traumatismes oculaires, la sérothérapie antistreptococcique peut être employée *préventivement*. Dans les complications purulentes des opérations de cataracte, où la streptococcie est souvent en cause, la sérothérapie est applicable, quand le microscope ou les cultures ont révélé la présence d'un streptocoque.

Les conditions du traitement sérothérapique sont des plus favorables dans ces streptococcies locales, où l'état général du patient est bon, où la dose du sérum peut-être réduite de moitié, et où l'on peut éloigner les injections suffisamment pour écarter toute espèce de danger.

M. Morax. — Il est regrettable que M. Boucheron n'ait pas donné sur l'observation de sa malade des détails plus précis. Ces poussées aiguës du côté du sac lacrymal guérissent vite ; il eut été très utile de pouvoir comparer l'évolution de la poussée traitée par le sérum antistreptococcique avec les poussées antérieures, qui n'ont pas été influencées par la serothérapie.

E. K.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

Ordre du jour de la séance du 2 décembre 1896.

Suite de la discussion sur : 1° *les péritonites par perforation dans la fièvre typhoïde* (Marchand, Mono). — 2° *la pathogénie de l'appendicite* (Brun, Walther).

Rapports : sur l'*œsophagotomie externe chez les enfants* (M. Lemaistre), par M. Broca. — Sur le *traitement de l'anus contre nature d'origine herniaire* M. Barrette), par M. Jaguier.

Communications : *carcinome primitif du foie*, par M. Segond.

M. B.

THÉRAPEUTIQUE

Des Eaux purgatives: l'Eau d'Apenta.

Quelles sont les qualités d'une eau minérale purgative qui mérite vraiment ce nom? Elle doit avoir une saveur légèrement amère et nullement désagréable, elle doit être d'une pureté absolue, c'est-à-dire dépourvue de toute matière organique; enfin sa composition doit toujours être constante.

Si nous étudions la gamme des eaux naturelles qui nous sont envoyées tant d'Espagne que du bassin de Buda-Pest, nous n'en trouvons qu'une qui réalise tous les *desiderata*, c'est l'eau d'*Apenta* dont le succès s'accentue chaque jour tant dans la pratique hospitalière que dans celle de la ville. C'est que cette eau réunit les trois facteurs essentiels : composition constante, pureté absolue, saveur légèrement amère magnésienne.

Il est un fait aujourd'hui reconnue, c'est que les eaux à prédominance magnésienne doivent être préférées aux eaux à prédominance sodique. L'eau d'Apenta contient 23 grammes de sulfate de magnésie par litre et 16 de sulfate de soude; elle contient en outre du bi-carbonate de soude, du carbonate de fer et, chose importante, du sulfate de lithine (0.75 pour 10000 parties). *Sa composition est toujours constante* et son exploitation est placée sous la surveillance de l'Institut chimique royal de Buda-Pest (Ministère de l'Agriculture).

Ces conditions recommandent l'eau d'Apenta aux médecins qui peuvent l'employer en toute sûreté, non-seulement dans la constipation habituelle, mais dans toutes les affections où il faut régulariser les échanges et éliminer les principes morbides. Ils obtiendront toujours les mêmes effets avec les mêmes doses; à cet égard, *l'eau d'Apenta peut être assimilée aux médicaments les plus sûrs de notre pharmacopée.*

L'heureuse proportion de ses éléments minéralisateurs lui assurera la première place parmi les eaux purgative; la lithine qu'elle contient en quantité appréciable doit la faire préférer pour les obèses, les goutteux et chez tous les malades chez lesquels il convient d'activer les échanges et de combattre les diathèses.

VARIA

Le Banquet de l'Union des Syndicats médicaux de France.

L'Union des Syndicats médicaux de France a tenu son assemblée générale mercredi 25 novembre, à 2 heures du soir, sous la présidence de M. le Dr Porson, de Nantes. Cette réunion a emprunté une importance toute spéciale à la présence des délegués belges, MM. les Drs Vandam et Cuylits, président et secrétaire général du Syndicat des médecins de Bruxelles, et M. le Dr Van Hassel, délégué de la fédération des Syndicats médicaux du Hainaut. Ces délégués avaient été invités à l'assemblée d'abord pour resserrer les liens confraternels qui unissent les médecins des deux pays, et ensuite pour permettre de jeter les bases d'une entente au sujet de l'exercice de la médecine sur la frontière franco-belge.

Les intéressantes questions qui touchent tout spécialement le corps médical : assistance médicale gratuite, sociétés de secours mutuels, compagnies d'assurances (accidents), exercice de la médecine en France par les étrangers, vérification des décès à la campagne, création possible d'un ordre de médecins, etc., etc., ont été l'objet de discussions approfondies et de résolutions importantes. Cette dernière question de l'ordre des médecins, défendue chaleureusement par M. Lasalle, de Lormont, a été adopté à l'unanimité par la réunion.

Au sujet des compagnies d'assurances, MM. les Drs Vandam et Cuylits ont exposé comment les Syndicats belges, après avoir créé une caisse de résistance, sont parvenus à pouvoir imposer leurs conditions aux sociétés de divers ordres. Ce bel exemple de solidarité a déterminé dans l'assemblée des applaudissements unanimes.

Le soir, un banquet sous la présidence de M. Brouardel, doyen de la Faculté et président d'honneur de l'Union, a réuni au restaurant Ledoyen les délégués des Syndicats de province.

Parmi les convives ont été remarqués M. Brouardel, doyen de la Faculté; M. le Dr Viger, ancien Ministre; M. Monod, directeur de l'Assistance publique et de l'Hygiène au Ministère de l'Intérieur; MM. Isaac et Georges Berry, députés; M. Lereboullet, président de l'Association générale des médecins de France; MM. Vandam, Cuylits, Van Hassel, délégués des syndicats belges, etc. Les toats ont été nombreux; retenons celui de M. Brouardel qui a fait remarquer que les syndicats médicaux, par la sagesse et la modération de leurs revendications, avaient fini par s'imposer aux médecins les plus timorés et aux administrateurs les plus ombrageux.

Le bureau de l'Union est ainsi composé pour 1897 : M. Porson (de Nantes), président; MM. Pouliot (de Poitiers), A. Leblond (de Paris), Cellier (de Laval), Lasalle (de Lormont), vice-présidents; M. Duchesne (de Paris), trésorier; M. J. Noir (de Paris), secrétaire général; M. A. Girerd (d'Ivry), secrétaire général adjoint; MM. Blaizot (de Nantes) et Helme (de Paris), secrétaires.

Association de la Presse médicale française.

Réunion du 6 Novembre 1898.

Le 6 novembre 1896 a eu lieu le trente-quatrième dîner de l'Association de la Presse médicale française, sous la présidence de M. le Pr Cornil. 24 personnes y assistaient.

M. le Dr Archambaud, directeur de la *Revue médicale* (de Paris); M. le Dr Cabanès, directeur de la *Chronique médicale* (de Paris), ont été élus membres de l'Association à l'unanimité. — M. le Dr Saint-Germain a été élu en remplacement de M. Cadet de Gassicourt (*Revue des Maladies de l'Enfance*), et M. le Dr Noir, en remplacement de M. Meugy (*Bulletin de l'Union des Syndicats médicaux de France*).

Le Secrétaire général a communiqué à la réunion le résultat des démarches tentées à propos du Cinquantenaire de l'Anesthésie et les documents qu'il a reçus relativement au Congrès de Moscou.

Association des Dames françaises. — Assemblée générale.

L'assemblée générale de l'Association des Dames françaises a eu lieu cette année dans un local à la fois plus grandiose et plus sévère, le grand Amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de Mme Félix Faure et la présidence effective de M Sully-Prudhomme, de l'Académie française. Nous avons remarqué sur l'estrade : Mme Casimir-Périer, Mme Foucher de Careil, présidente, Mme l'amirale Jaurès, vice-présidente, etc., etc. Mmes Méline, de Selves, Lépine, Peytral, Mlles Lucie Faure, Catusse, Chéris, MM. Gréard, Trarieux et Cordelet, sénateurs, Mézières, député, de Bornier, Janssen, etc. Les Ministres de la Guerre, de la Marine, de l'Instruction publique et du Commerce s'étaient fait représenter à cette cérémonie.

Mme Foucher de Careil a ouvert la séance et a rappelé l'œuvre accomplie par l'Association de 1879, date de la fondation jusqu'à nos jours. Mme Delaruelle, au nom de Mme Roy, présidente de la commission des finances, le Dr Pruvost, sous-directeur de la commission de l'Enseignement, Mlle Courtys, au nom de Mme Richtemberger, présidente de la commission des dons, ont donné successivement lecture des rapports de ces diverses commissions. M. le Dr Duchaussoy, fondateur et secrétaire général de l'Association, a rendu compte de la situation générale. En 1896, il a été fondé 30 comités nouveaux, des hôpitaux auxiliaires, des hôpitaux de campagne, sans compter l'hôpital d'Auteuil, organisé par Mme Binot. Un très fin discours de M. Sully Prudhomme sur la femme française a été vivement applaudi.

Il a été ensuite procédé à la distribution des diplômes et des récompenses. Parmi les sociétaires qui ont passé les meilleurs examens et ont reçu des trousses d'honneur et des diplômes de dames ambulancières, on remarque le nom de Mlle Méline. Les grandes médailles d'honneur et de dévouement ont été décernés à Mmes Périer (d'Auteuil), Jean Moulin (de Marseille), Vasseur (de Paris), et au capitaine Stoffel. Alb. R.

Circulaire concernant les aspirantes au diplôme de sage-femme.

M. le Recteur, aux termes du décret du 25 juillet 1893, les aspirantes au diplôme de sage-femme de 1re classe doivent, à dater du 1er octobre 1896, justifier du brevet de capacité élémentaire de l'enseignement primaire pour pouvoir être admises à commencer leur scolarité régulière. La mise en vigueur de ces dispositions met fin au régime transitoire prévu par les

circulaires en date du 10 juillet 1894 et 2 mars 1895, qui autorisait les sages-femmes de 2e classe à postuler le diplôme de 1re classe sur la justification du certificat obtenu à la suite de l'examen prévu par l'arrêté du 1er août 1879. Par suite, les sages-femmes de 2e classe (ancien et nouveau régime) qui postuleront, à l'avenir, le diplôme de 1re classe, auront à produire le brevet de capacité de l'enseignement primaire.

Je vous prie de porter ces dispositions à la connaissance de MM. les Doyens et Directeurs des Facultés et Ecoles de médecine de votre ressort académique, et de les inviter à en informer les intéressées.

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,
A. RAMBAUD.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 30. — 2e *de Doctorat* (2e *partie* : MM. Ch. Richet, Retterer, Weiss. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Fournier, Letulle, Widal.— 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Tillaux, Tuffier, Walther. — (2e *série*) : MM. Terrier, Humbert, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Potain, Chauffard, Gilles de la Tourette.

MARDI 1er. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Guyon, Tarnier, Hartmann. — (2e *partie*) : MM. Raymond, Marie, Marfan. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Charité. (1re *série*) : MM Jaccoud, Dieulafoy, Charrin. — (2e *série*) : MM. Proust, Debove, Chantemesse.

MERCREDI 2. — Médecine opératoire : MM. Terrier, Poirier, Sébileau. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Marchand, Bonnaire, Broca. — (2e *série*) : MM. Peyrot, Delbet, Varnier.

JEUDI 3. — Médecine opératoire : MM. Le Dentu, Pozzi, Nélaton. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Panas, Berger, Maygrier. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Pouchet, Gilbert.

VENDREDI 4. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Straus, Letulle, Gaucher. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Necker. (1re *série*) : MM. Terrier, Peyrot, Walther. — (2e *série*) : MM. Ricard, Humbert, Broca. — (2e *partie*) : MM. Chauffard, Thoinot, Wurtz. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). (1re *partie*). Obstétrique. (Clin. Baudelocque) : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 5. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet, Gley. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Pitié : MM. Berger, Pozzi, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Cornil, Chantemesse, Achard. — (2e *série*) : MM. Debove, Joffroy, Ménétrier. — (1re *partie*). Obstétrique. Clin. d'accouche., rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris

MERCREDI 2. — M. Mouezy. Du traitement de la luxation de la hanche en avant. — M. Marcotte. De l'hémicrâniectomie temporaire. — M. Grosclaude. Contribution à l'étude de l'opération d'Estlander-Liétiévant. (L'hémorrhagie au cours de cette opération). — M. Riche. Du goitre exophtalmique. Interprétation nouvelle.

JEUDI 3. — M. Leblanc. Gastrorrhagie et perforation dans l'ulcère de l'estomac. — M. Boncour. Considérations cliniques et thérapeutiques sur les pleurésies purulentes de l'enfance. — M. Motz. Contribution à l'étude de l'hypertrophie de la prostate. — M. Hernette. Pathogénie et traitement de l'entéroptose.

Enseignement médical libre.

Technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboraoitre d'histologie de l'hôpital Broca, a recommencé son cours de technique microscopique, avec exercices de diagnostic et manipulations pratiques, le 19 novembre, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses histologiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à lèur disposition. On s'inscrit chez M. le Dr Latteux, 9, rue Marsollier (quartier de l'Opéra), de 1 h. à 2 h.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles. — M. le Dr BARATOUX reprendra son cours public et gratuit d'exercices pratiques sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles à sa clinique, 33, rue Saint-André-des-Arts, le mardi 1er décembre, à 4 heures, et le continuera les samedis et mardi suivants a la même heure.

Maladies des yeux. — M. le Dr VIGNES commencera à sa clinique, 18, rue Dauphine, ses conférences ophtalmologiques, le mardi 8 décembre, à 2 heures, et les continuera les mardis et samedis de chaque semaine.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 15 nov. au samedi 21 nov. 1896, les naissances ont été au nombre de 1.126, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 396; illégitimes, 174, Total, 570. — *Sexe féminin* : légitimes, 427 ; illégitimes, 139. Total, 566.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 15 nov. au samedi 21 nov. 1896, les décès ont été au nombre de 889, savoir : 462 hommes et 427 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 4, T. 10. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 0, F. 2, T. 2. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 1, F. 3, T. 4. — Diphtérie, Croup : M. 4, F. 1, T. 5. — Grippe : M. 1, F. 1, T. 2. — Phtisie pulmonaire : M. 108, F. 91, T. 199. — Méningite tuberculeuse : M. 13, F. 7, T. 20. — Autres tuberculoses : M. 16, F. 11, T. 27. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 4, T. 5. — Tumeurs malignes : M. 21, F. 35, T. 56. — Méningite simple : M. 6, F. 6, T. 12. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 23, F. 18, T. 41, — Paralysie, M. 3, F. 4, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 7, F. 5, T. 12 — Maladies organiques du cœur : M. 30, F. 34, T. 64. — Bronchite aiguë : M. 9, F. 5, T. 14. — Bronchite chronique : M. 16, F. 13, T. 29 — Broncho-pneumonie : M. 9, F. 9, T. 17. — Pneumonie : M. 22, F. 17, T. 29. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 21, F. 20, T. 41 — Gastro-entérite, biberon : M. 9, F. 10, T. 19. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 3, T. 6. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 0, T. 1. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M 0, F. 0, T. 0. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Débilité congénitale : M. 8, F. 11, T. 19. — Sénilité : M. 6, F. 30, T. 36. — Suicides : M. 15, F. 2, T. 15. — Autres morts violentes : M. 9, F. 4, T. 13. — Autres causes de mort : M. 93, F. 70, T. 163. — Causes restées inconnues : M. 1, F. 0, T. 1.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 82, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 19. Total : 44 — *Sexe féminin* : légitimes, 19, illégitimes, 14. Total : 33.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le Dr GOUGET est nommé, pour la présente année scolaire, chef des travaux anatomiques du laboratoire de clinique médicale de la Pitié.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — M. BRET, docteur en médecine, est maintenu, pour l'année scolaire 1896-1897, dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire de clinique médicale.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS. — M. FAIVRE (Paul-Eugène-Emile), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, à dater du 1er septembre 1896, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

ECOLE DÉPARTEMENTALE D'INFIRMIERS ET D'INFIRMIÈRES DE L'ASILE CLINIQUE SAINTE-ANNE. (Quinzième année). — Les cours ont commencé le lundi 16 novembre 1896, à huit heures du soir, dans l'Amphithéâtre de l'admission, et se continueront les lundis et vendredis suivants, à la même heure. Programme pour l'année scolaire 1896-1897 : Administration, professeur : M. le Dr Taule. Anatomie et physiologie, professeur : M. le Dr Vallon. Pansements et appareils, professeur : M. le Dr Mauclaire. Hygiène, professeur : M. le Dr Dubuisson. Petite pharmacie, professeur : M. Thabuis, pharmacien en chef de l'Asile de Vaucluse. — Les personnes étrangères à l'établissement qui désireront suivre ces cours gratuits devront se faire inscrire tous les jours, de 10 heures à 4 heures, à la direction de l'Asile, rue Cabanis, n° 1.

LIGUE NATIONALE CONTRE L'ALCOOLISME (*Société française de Tempérance* : *Société contre l'usage des Boissons spiritueuses*). — La réunion de la Ligue, avec conférences, aura lieu sous la présidence de M. le Pr BROUARDEL, membre de l'Institut, le dimanche 6 décembre 1896, à deux heures précises de l'après-midi, dans le grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, place de l'Ecole-de-Médecine. M. le Dr Laborde, membre de l'Académie de Médecine traitera des *effets physiologiques de l'alcool et des boissons spiritueuses* (avec expériences). — M. le Dr Legrain, médecin en chef de Ville-Evrard, traitera de *l'état actuel de l'alcoolisme en France*.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 9 octobre 1896, ont été promus dans le corps de santé militaire et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes : *Au grade de médecin principal de deuxième classe.* M, Fluteau, médecin principal de deuxième classe, hors cadre, en remplacement de M. Mangenot, mis en non activité pour infirmi-

tés temporaires; désigné pour l'hôpital militaire de Versailles. — *Au grade de médecin-major de première classe*: MM. les médecins-majors de première classe, hors cadre, Bischoff, en remplacement de M. Laurent, retraité; maintenu au 8e régiment d'artillerie. M. Bourdon, en remplacement de M. Roberdeau, mis en non activité pour infirmités temporaires; maintenu à l'hôpital Saint-Martin. MM. les médecins-majors de deuxième classe Riff, en remplacement de M. Achard, retraité; maintenu au 135e d'infanterie. Richard, en remplacement de M. Boiland, mis en non activité pour infirmités temporaires; maintenu au 155e d'infanterie. — *Au grade de médecin-major de 2e classe*: MM. les médecins-majors de deuxième classe, hors cadre, Lairac, en remplacement de M. Croux, décédé; maintenu au 73e d'infanterie. Bouchereau, en remplacement de M. Tournier, retraité, maintenu au 105e d'infanterie. Pruniéras, en remplacement de M. Riff, promu; maintenu au 143e d'infanterie. MM. les médecins aides-majors de première classe Gontier, en remplacement de M. Morin, mis hors cadre, maintenu au 60e d'infanterie. M. Terrail, en remplacement de M. Leprêtre, mis hors cadre, maintenu au 40e d'infanterie. Leloir, en remplacement de M. Richard, promu, désigné pour le 67e d'infanterie.

Service de Santé des Colonies. — M. Gouzien, médecin de 1re classe des colonies et secrétaire du conseil de santé militaire aux colonies, est nommé médecin principal chargé de la direction du service sanitaire au Dahomey. Il partira par le paquebot du 23 novembre.

Par décret en date du 27 octobre 1896, les docteurs en médecine provenant soit de l'Ecole de santé de Bordeaux, soit des Facultés de Médecine, ne seront nommés médecins de 2e classe du corps de santé des colonies qu'après avoir accompli dix-huit mois de services, dont douze au moins aux colonies, en qualité de médecin stagiaire, et avoir été régulièrement proposés par le gouvernement pour le grade de médecin de 2e classe. Les médecins stagiaires reçoivent la solde allouée aux médecins de 2e classe.

Service de Santé de la Marine. — Promotions au grade de médecin principal : MM. Boutin et Philip. Au grade de médecin de 1re classe : MM. Avrilleaud, Wallerand, Caraës, Bailly et Bourdon. — *Réserve*. Nominations au grade de médecin principal : MM. les Drs Baissade et Canoville, médecins principaux de la marine, en retraite. Au grade de médecin de 2e classe : M. le Dr Dupin, médecin de 2e classe de la marine, démissionnaire.

Distinctions honorifiques. — L'empereur Nicolas II vient de conférer à M. Girard, directeur du Laboratoire, la croix de commandeur de l'ordre de Sainte-Anne et à MM. les Drs Bordas, sous-directeur du Laboratoire, et Bertillon, directeur du service anthropométrique, la croix de commandeur de l'ordre de Saint-Stanislas. Les brevets ont été expédiés de Darmstadt et remis par M. Crozier, directeur du protocole.

Universités étrangères. — *Faculté de Médecine de Cracovie.* M. le Dr Ludomil von Korczynski est nommé privatdocent de médecine interne. — *Faculté de Médecine de Gratz.* M. le Dr Hans Hammerl est nommé privatdocent d'hygiène. — *Faculté de Médecine de Kœnigsberg.* M. le Dr H. Falkenheim, privatdocent de pédiatrie, est nommé professeur extraordinaire. — *Faculté tchèque de Médecine de Prague.* M. le Dr F. Scherer est nommé privat-docent de pédiatrie. — *Faculté de Médecine de Tomsk.* M. le Dr A. Vvedensky, privatdocent à la Faculté de Médecine de Moscou, est nommé professeur de médecine opératoire. — *Faculté de Médecine de Vienne.* Sont nommés professeurs ordinaires : MM. les professeurs extraordinaires Josef Weinlechner (*chirurgie*); Samuel Schenk (*embryologie*). M. le Dr Herm. Franz Müller est nommé privatdocent de médecine interne. (*Sem. méd.*).

Hopitaux de Paris. — *Hôpital Boucicaut.* — Cet hopital sera ouvert le 1er juillet 1897. Il comportera tout d'abord un service de médecine et un service de chirurgie.

Hôpital Saint-Antoine. — Par décret, il est ouvert d'urgence au budget de l'Assistance publique un crédit en dépense de 250,000 francs pour création à l'hôpital Saint-Antoine, d'un amphithéâtre pour les cours de la clinique médicale.

Mutations. — Les mutations suivantes auront lieu, à partir du 26 décembre prochain, dans le personnel des médecins : M. Oulmont passe de l'hôpital Laënnec à la Charité; M. Barth, de Broussais à Necker; M. Galliard, de Tenon à Saint-Antoine; M. Œttinger, de la Maison municipale de santé à Broussais; M. Hirtz, de Tenon à Laënnec; M. Balzer, de Ricord à Saint-Louis; M. Comby, de Trousseau aux Enfants-Malades; M. Renault, de Broca à Ricord; M. Brocq, de la Rochefoucauld à Broca; M. Richardière, de Cochin à Trousseau; M. Delpeuch, de Tenon à Cochin; M. le Gendre, de la Maison municipale de santé à Tenon; M. Giraudeau, de Sainte-Périne à Tenon; M. Achard, à Tenon, MM. Thoinot et Darier, à la Maison Dubois; M. Lebreton, à Sainte-Périne; M. Widal, à la Rochefoucauld.

Le Sanatorium d'Aubrac. — M. Joseph Fabre, sénateur de l'Aveyron, a posé au Sénat une question au Ministre de l'Intérieur sur l'immixtion d'un préfet et d'un sous-préfet dans une affaire financière. Il s'agissait du sanatorium que l'abbé Garnier et ses amis se proposaient d'installer sur le plateau d'Aubrac, dans cette partie du plateau central qui est comme une Engadine française. Un médecin avait loué au défunt évêque de Rodez, qui possédait à Aubrac une maison de campagne, une bicoque, où il soignait quelques poitrinaires. La cure d'air, qui était l'unique traitement auquel il soumit ses malades, lui donna des résultats si brillants qu'il les signala dans un rapport à l'Académie de Médecine. L'Académie lui envoya des félicitations et des encouragements. Le Dr Saunal est médecin d'une clinique à Paris. Il est homme de dévouement et s'est ruiné à chercher le remède à la tuberculose. Ses succès à Aubrac lui donnèrent l'idée de créer un sanatorium sur le modèle des sanatoria de Suisse et d'Allemagne. Il y fut encouragé par des sommités médicales. Les indemnités stipulées étaient légitimes; elles étaient réservées au médecin et aux pauvres. Ces projets étaient sérieux, d'une incontestable utilité. — Ils ont simplement été compromis par les excentricités de quelques-uns.

Nécrologie. — M. le Dr E. de Grandmaison, de Néris, reçu en 1850, ancien médecin de la marine, décédé à Marneuil-sur-Arnon (Cher). — M. le Dr Bocquet, de Maubeuge, reçu en 1857. M. le Dr Mahé, médecin en chef de la marine, en retraite, décédé à Paris, ancien professeur de l'Ecole de Médecine de Brest, ancien médecin sanitaire de Constantinople, correspondant de l'Académie de Médecine, officier de la Légion d'honneur. On lui doit de nombreux travaux sur le choléra et aussi sur la peste. — M. le Dr Bouhon (de Bayon). — M. le Dr Herr (de Pau). — M. le Dr Allaux, maire de Pamiers, est mort cette semaine après une courte maladie. — Récemment est décédé le doyen des médecins de la ville de Strasbourg, M. Eugène Bœckel, qui est décédé à l'âge de quatre-vingt-six ans, à Berne, où il s'était retiré auprès de sa fille. M. Eugène Bœckel, membre du consistoire supérieur de l'Eglise de la confession d'Augsbourg, était le père du Dr Edouard Bœckel, mort, il y a quelques années, à Strasbourg. Il était le cousin du Pr Eugène Bœckel et du Dr Jules Bœckel, tous deux chevaliers de la Légion d'honneur. C'était un homme éminemment sympathique et dont la modestie égalait la science et le dévouement. Ses obsèques ont eu lieu à Strasbourg. — On signale de Melbourne, le 19 novembre, la mort du baron Ferdinand de Mueller, botaniste du gouvernement victorien, auquel est due l'acclimation en France de plusieurs essences d'arbres et d'arbrisseaux, ainsi que l'envoi en Algérie des premiers plants d'Eucalyptus.

Vacance médicale. — La municipalité d'une forte commune du centre demande un docteur. — S'adresser pour renseignements à M. Grégoire, 19, rue du Plateau de Vincennes (Seine).

Chronique des Hôpitaux.

Hopital de la Pitié. — M. Albert Robin. — Leçons de clinique et de thérapeutique, le lundi à 9 h. 3/4. — Tous les jours, leçons de pathologie et exercice clinique, par MM. les Drs Londe, Michel, Leredde. Exercices pratiques au laboratoire, par M. Bournigault. Visite tous les jours, à 9 heures.

Hospice de Bicêtre. — M. P. Marie. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses,* le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. Charpentier, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. Féré, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. Bourneville, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. Goupy (G. Maurin, succr), rue de Rennes, 71.

3e SÉRIE. T. IV. N° 49. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 5 DECEMBRE 1896.

Le Progrès Médical

DERMATOLOGIE

Psoriasis et Zona;

par MM. REBREYEND et LOMBARD, internes des hôpitaux.

OBSERVATION.

Ager..., Louis, âgé de 47 ans, cocher, entre, salle Vulpian, dans le service de M. Constantin Paul, le 25 juillet 1896.

Antécédents héréditaires. — *Père*, mort à 80 ans; se serait toujours bien porté. *Mère*, morte à 70 ans, on ne sait de quelle affection. Quatre sœurs et un frère. Une des *sœurs* présente un pied bot congénital. On ne trouve chez aucun des membres de la famille d'antécédents rhumatismaux ou névropathiques. Aucun d'entre eux, non plus, n'a été atteint de psoriasis ou d'affections cutanées.

Notre malade aurait toujours joui d'une parfaite santé jusqu'à l'apparition de la première poussée de psoriasis. Jamais de rhumatismes, ni de manifestations rhumatismales.. Aucune tare syphilitique. Les premières plaques de psoriasis se sont montrées vers l'âge de 30 ans, sous forme d'une poussée généralisée, qui justifia son admission à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Quinquaud, puis dans celui de M. Hallopeau. Après un traitement par l'huile de cade et les bains alcalins, il sortit complètement guéri. Aucune manifestation cutanée nouvelle pendant 4 ans. Ensuite des plaques réapparurent au niveau des coudes, des genoux et sur le cuir chevelu, à des intervalles irréguliers, et particulièrement en hiver. Pas d'arthropathies.

Au mois de février 1894, notre malade entre à Lariboisière, (Service de M. Troisier), se plaignant de courbature lombaire et d'étouffements. On porte le diagnostic d'emphysème pulmonaire. Quelque temps après la sortie, signes de dilatation du cœur droit et de myocardite; dyspnée intense. Le malade est admis à Saint-Antoine (M. Ballet), au mois d'août 1895; à la Charité (M. Potain), en septembre de la même année; chez M. Moutard-Martin en 1896, où il fut soigné pour une spléno-pneumonie. A son entrée dans le service de M. Constantin Paul, il attire l'attention sur ses palpitations. Au cours de l'examen, on découvre des deux côtés de la poitrine, sur la région antéro-latérale, une lésion cutanée sur laquelle le malade fournit quelques renseignements. Le début remonterait à 5 ou 6 mois; mais des lésions à peu près analogues se seraient montrées il y a deux ou trois ans. Il y aurait eu des phénomènes initiaux nettement fébriles, avec frissons. Simultanément des deux côtés auraient apparu de petites taches rouges, dont la description ressemble à celle des taches du zona. Sur ces macules se développèrent des vésicules en même temps que se manifesta un léger prurit. Il n'y aurait eu à ce moment aucune douleur ni spontanée, ni provoquée. Parmi ces vésicules, quelques-unes paraissent s'être ulcérées et avoir donné naissance à des érosions de peu de durée. La plus grande partie s'est recouverte de squames épaisses, blanches, *d'aspect psoriasiforme*. Après avoir persisté plusieurs mois, les squames se sont détachées, laissant à leurs places des lésions cicatricielles.

Comme les poussées vésiculeuses ont continué à se produire à différents intervalles, le malade, à son entrée, était porteur d'une lésion présentant les trois aspects successifs : plaques érythémato-vésiculeuses, croûtes psoriasiformes, cicatrices brunes et pigmentées.

Actuellement (20 septembre 1896), l'examen détaillé du malade permet de constater, en même temps que la lésion zostériforme, la présence de placards de psoriasis, assez étendus et situés aux lieux d'élection.

Sur la face postérieure du coude gauche se trouve une plaque de contour régulier, large de 6 centimètres environ avec squames peu épaisses. Au coude droit, toujours à la partie postérieure, une autre plaque plus petite de moitié que la précédente recouverte de squames brillantes, très abondantes. Quelques plaques plus petites sont disséminées aux environs. A la face antérieure de la jambe droite, on voit une plaque, large, allant de la tubérosité tibiale antérieure au tiers moyen de la jambe, à bords saillants et bien limités en dehors. Les squames sont petites, peu abondantes. A gauche, deux plaques voisines, l'une à contours irréguliers, peu saillants, de coloration rouge vineux, peu squammeuse; l'autre, située au-dessus d'elle, de même étendue, à contours également irréguliers; quelques îlots sont disséminés du côté externe et atteignent même la face postérieure du mollet. Sur les cuisses, quelques petites plaques avec squames très fines. A la face postérieure de la cuisse droite, quelques papules affectent une disposition circinée. La région dorsale du malade est recouverte de papules, de pustules ou de cicatrices d'acné.

Examen du thorax. — De chaque côté, vers la région des fausses côtes, on voit une double demi-ceinture, incomplète en arrière où elle s'interrompt au niveau de la ligne axillaire postérieure. Elle est formée, en grande partie, par des taches cicatricielles, brunes, pigmentées, où l'on peut découvrir encore par places quelques vésicules intactes, d'autres recouvertes de squames psoriasiformes.

A droite, on voit deux taches cicatricielles, brunes, allongées, de 15 centimètres environ de longueur, la supérieure allant du bord externe de l'appendice xiphoïde à la ligne axillaire antérieure, l'inférieure répondant au onzième espace à sa partie moyenne. Ces taches ont une direction très sensiblement horizontale, qui croise le sens descendant des côtes. En examinant de très près, on trouve des parties plus foncées, et, sur la limite, des taches, des cicatrices de vésicules isolées, arrondies en général, quelques-unes policycliques, avec un centre décoloré et une auréole brune. Dans son ensemble, chacune des grandes taches signalées plus haut paraît constituée par la confluence de petites taches cicatricielles, plus petites et analogues à celles des bords. Çà et là, on remarque quelques papules. Le grattage en détache des squames psoriasiformes et fait apparaître la « rosée sanguine » caractéristique.

A gauche, les lésions sont moins étendues, plus distantes de la ligne médiane et moins rapprochées entre elles. L'une des macules suit la huitième côte; l'autre, très bas située, est à 2 travers de doigt de la crête iliaque. Sur la première, vers son tiers interne, on remarque une série de vésicules très confluentes, formant dans leur ensemble une petite plaque de un centimètre. Ces vésicules sont en voie de dessication et recouvertes en grande partie de squames psoriasiformes.

La recherche de l'état de la sensibilité à la piqûre et au contact montre, au niveau des grandes taches cicatricielles et dans leur voisinage, des zones irrégulièrement distribuées d'anesthésie et d'hypéresthésie. L'excitation cutanée déterminée par cette recherche provoque, dans les environs des lésions, l'apparition de zones rouges, allongées horizontalement, et persistant un certain temps.

L'examen du cœur permet de constater une légère hypertrophie dans son ensemble; la pointe bat à deux centimètres au-dessous et à 1 centimètre et demi en dehors du mamelon. On constate des pulsations épigastriques nettes, une extrême irrégularité dans le rythme cardiaque, dont les battements ne sont pas affaiblis. Aucun bruit anormal à l'auscultation. Les jugulaires paraissent distendues par une stase permanente. On n'y a jamais trouvé de pouls veineux vrai. Le malade se plaint d'une céphalalgie violente, coïncidant avec les crises d'arythmie cardiaque, sur lesquelles la digitale seule semble avoir une action. — Tous les autres organes sont sains et ne révèlent aucune lésion à l'examen clinique.

L'intérêt principal de cette observation réside dans le fait du développement, sur une éruption zostériforme en voie de cicatrisation, de squames, reproduisant par tous leurs caractères, le psoriasis dont notre malade est atteint. Nous disons éruption zostériforme, et non zona proprement dit, car un grand nombre de caractères, autant positifs que négatifs, s'écartent très sensiblement de la description classique. Brocq, en signalant ces formes chroniques et prolongées du zona, croit pouvoir les rattacher à « des troubles trophiques plutôt qu'à du zona vrai ». On sait, d'autre part, que de nombreux auteurs tendent à chercher dans un trouble du système nerveux la cause première de l'éruption psoriasique.

Dans un travail, paru en 1888, M. Bourdillon (1), tout en s'occupant spécialement des arthropathies, effleure cependant la question; il signale « la coïncidence possible de l'exagération des reflexes, des contractures, des picotements, engourdissements, fourmillements, élancements dans les membres », tous phénomènes d'ordre nerveux; il note la fréquence des névralgies; un pas de plus, il arrivait au zona.

Il rappelle aussi, en la citant, une phrase du travail publié en 1879 par Testu (2): « Il n'est pas rare de voir, à la suite de lésions nerveuses, l'épiderme de la région, où se distribue le nerf lésé, s'épaissir et se détacher tantôt en larges plaques écailleuses, tantôt en petites lamelles furfuracées. »

Le cas que nous relatons paraîtrait donc venir à l'appui de la théorie trophoneurotique du psoriasis. Chez un malade, manifestement atteint de troubles nerveux divers (plaques d'anesthésie et d'hyperesthésie irrégulièrement disséminées; paralysies vaso-motrices intenses déterminées par de simples piqûres) et présentant du côté du tégument externe une prédisposition mal déterminée aux dermatoses multiples (acné, psoriasis), l'altération nerveuse décelée par l'éruption psoriasiforme ne serait peut-être pas sans rapport avec le développement et l'existence du psoriasis. Quoi qu'il en soit, que le psoriasis et le zona reconnaissent pour origine une seule et même cause, ou que, dans notre observation, le zona n'ait agi qu'en produisant des lésions banales du tégument chez un prédisposé, il nous semble intéressant de signaler cette association de deux lésions cutanées, dont la théorie pathogénique nerveuse, encore que très séduisante, n'est pas admise par tous les auteurs.

(1) *Psoriasis et arthropathies*, 1888.
(2) *De la symétrie dans les maladies de la peau*, 1879.

L'Assistance chirurgicale instantanée pendant les Fêtes Russes en 1897. — Veut-on savoir combien la Ville de Paris a dépensé pour le service de secours durant ces fêtes? Le voici, d'après le rapport officiel : *Service de l'assainissement et des ambulances*, 1.200 fr.! Alors que la réception à l'Hôtel de Ville, la visite du public le 8 octobre, la décoration, l'aménagement de l'édifice, les buffets, les concerts, les musiques militaires, les chœurs, le personnel ont coûté 156.500 fr.! — *Ab uno, disce omnes!!*

L'Alcool devant la Société de Médecine publique. — A l'hôtel des Sociétés Savantes, M. le Dr Laborde, de l'Académie de Médecine, a récemment communiqué aux membres de la Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle, les conclusions de ses travaux sur l'alcoolisme et la rectification de l'alcool. Plusieurs députés et sénateurs assistaient à la séance, qu'a présidée M. Duclaux, directeur de l'Institut Pasteur. M. Laborde a été vivement applaudi. Sur sa proposition, une commission a été nommée, qui sera chargée d'étudier le texte de mesures pratiques qu'elle soumettra ensuite à la commission du Sénat. Cette commission est composée de MM. les Drs Bergeron, président, et de MM. Laborde, Magnan, Brouardel, Proust, Pinard, Cornil, Dron, Vallin, Ch. Girard, Duclaux, Napias et Martin.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le 19e corps et le service de santé.

Le projet de suppression du 19e corps, déposé l'an dernier par l'honorable Ministre de la guerre, M. Cavaignac, a rencontré dans le monde militaire une opposition telle qu'il peut sembler téméraire de revenir sur ce sujet. Néanmoins, au moment où on va discuter les questions budgétaires, et celle de l'armée coloniale, il m'a semblé intéressant de rechercher par quels moyens nos ressources financières doivent s'accorder avec les nécessités des exigences militaires. Aussi bien le but que je me propose n'est-il pas d'envisager la question dans son ensemble, de rechercher si, étant données l'extension de l'influence française en Algérie, la participation de la race indigène à nos échanges commerciaux et à notre vie sociale, l'accroissement des routes et des voies ferrées, il est bien nécessaire d'entretenir dans des points aussi nombreux que ceux qui existent, des agglomérations soit d'unités de combat, soit de moyens de défense. En temps de paix, les mouvements insurrectionnels sont très hypothétiques en Algérie; et, en tout cas, il serait facile de les étouffer dès l'origine. En cas de guerre européenne, la présence de troupes coloniales et l'adjonction des réservistes ou territoriaux du contingent algérien suffiraient pour faire face à la révolte, même en admettant qu'elle se produisît, et qu'il se rencontrât un chef assez écouté pour jouer le rôle d'un Abdel-Kader ou d'un Mohkrani. Quant aux dangers d'un débarquement, ils seraient plus facilement éloignés par l'augmentation des moyens de défense de nos côtes algériennes, si mal protégées actuellement, que par la présence d'un corps d'armée qui, en cas de conflagration européenne, doit abandonner la colonie pour combattre sur nos frontières.

Je ne reprendrai pas les arguments invoqués par l'auteur du projet en question. Il est juste de reconnaître que, s'ils ont trouvé une opposition complète dans le monde militaire, ils ont néanmoins rencontré un nombre très respectable de partisans parmi beaucoup de personnalités compétentes, impartiales, dont le jugement restait dégagé de toute question personnelle de parti ou d'idées préconçues. Je ne veux envisager qu'un seul côté de la question, l'entretien des services accessoires considérables nécessité par la présence de troupes nombreuses sur le sol algérien; et, restreignant même la discussion, je me bornerai à rechercher si la surabondance des hôpitaux et du personnel de santé en Algérie est réellement justifiée, alors même qu'on admet la nécessité du maintien des unités combattantes, qu'elles forment un 19e corps ou un cadre colonial.

Les trois provinces de l'Algérie (je fais abstraction de la Tunisie, qui se trouve dans des conditions particulières), comprennent, comme établissements du service de santé, 47 hôpitaux, qui se répartissent ainsi :

3 hôpitaux de 2e classe.
2 — de 3e —
5 — de 4e —
9 — de 5e —
28 — de 6e —

soit presque le double des hôpitaux militaires proprement dits de la France.

Or, d'après la classification adoptée par le Ministère de la Guerre, un hôpital de 2e classe représente plus de 400 places; de 3e classe, de 300 à 400; de 4e classe, de 100 à 200; de 5e et 6e classe, de 100 et au-delà.

Ces chiffres suffisent pour donner une idée de l'étendue des bâtiments nécessaires, en y comprenant les services accessoires : bains, cuisines, dépense, lingerie, logement des infirmiers.

Le personnel destiné à assurer le service de ces établissements comporte :

1 inspecteur du grade de général;
28 officiers supérieurs;
220 officiers subalternes;

soit 249 officiers du corps de santé, pour un effectif total de 1,835 que comprend le cadre tout entier : médecins, pharmaciens et officiers d'administration compris.

Cette surabondance d'établissements et de personnel correspond-t-elle aux besoins de la population militaire? On peut répondre sans hésitation qu'il n'y a aucune proportion entre la pléthore du service de santé et les besoins du corps d'armée. La preuve en est qu'en dehors de quatre à cinq hôpitaux, placés dans des centres importants où la population militaire correspond à celle de nos garnisons ordinaires en France, presque tous les autres établissements se trouvent dans des lieux où l'élément militaire est représenté par une ou deux compagnies, un bataillon au plus. Il serait facile de citer des hôpitaux importants, dans lesquels on compte à peine une dizaine de soldats malades. Je me contenterai de donner un seul exemple, parce que j'ai pu moi-même en vérifier la réalité pendant trois années consécutives. L'hôpital de Guelma, qui est d'une contenance de 150 lits, correspond à une garnison de quelques centaines d'hommes (deux compagnies). Or, j'ai vu dans cet hôpital un total de 120 malades ne comprendre que deux militaires, dix au maximum.

Le même fait se représente dans toutes les petites garnisons de l'Algérie, qui renferment néanmoins des hôpitaux assez importants. Quels sont donc les éléments qui constituent la population hospitalière de ces établissements ? On y reçoit des Arabes; quelques colons français, mais surtout des étrangers, des Maltais, des Espagnols, des Italiens, ce qu'en Algérie on appelle l' « armée roulante ». Quand tous ces déclassés, venus on ne sait d'où, sont malades, bien souvent même quand ils sont sans ressources, ils viennent réclamer à l'autorité civile leur admission dans les hôpitaux, et à leur sortie un secours de route pour être rapatriés.

De ce fait, le budget de l'Assistance publique en Algérie se trouve obéré d'une manière considérable, et l'administration civile met souvent quelque lenteur à rembourser à l'administration de la guerre les dépenses engagées par cette dernière pour subvenir aux soins hospitaliers de toute cette population étrangère. Est-il donc rationnel que, pour soulager les souffrances d'Italiens, d'Espagnols ou autres, nous fassions appel à la bourse de nos contribuables, alors que dans les autres pays nos nationaux ne sont pas généralement admis dans les hôpitaux, et qu'ils ne trouvent d'autres ressources que celles des fondations particulières? En tout cas, même en se plaçant à un point de vue d'internationalisme humanitaire qui n'est pas réciproque, est-il logique que nous employions les ressources mises à la disposition de notre armée, pour soigner des étrangers qui ne sont pas toujours nos amis?

On objectera que les établissements ne reçoivent pas seulement des étrangers; mais aussi des Arabes, des colons français, qu'il faut encourager et soutenir. Soit, je l'accorde; mais en quoi cela regarde-t-il le budget de la guerre? Pensez-vous que, si vous fassiez à l'administration civile l'offre de prendre à sa charge cette quantité d'hôpitaux inutiles, elle accepterait vos propositions ? On peut être certain qu'elle restreindrait le nombre des établissements et de son personnel. Aussi bien les temps sont changés. Si, dans les premières années, l'état sanitaire nécessitait un personnel considérable, souvent insuffisant, de nos jours les conditions de la morbidité sont bien modifiées. Les maladies sont moins nombreuses ; les médecins civils, qui faisaient défaut partout, et qu'on recrutait difficilement, se fixent maintenant beaucoup plus volontiers en Algérie ; leur choix est facile et le recrutement des médecins de colonisation permet d'avoir des praticiens habiles, à la hauteur de leurs fonctions. Je ne vois pas dès lors pourquoi l'administration civile ne prendrait pas à sa charge les établissements, là où elle croirait devoir les conserver et ne chargerait pas de ce service les médecins de colonisation. On renverserait les rôles; et, à l'exemple de ce qui se passe en France, on confierait aux hôpitaux civils, à charge de remboursement, le traitement de nos malades militaires : ce qui serait beaucoup plus économique.

Un hôpital central au siège de la division, un dans les postes avancés, suffiraient amplement pour centraliser le service, et assurer la solution des questions difficiles soit au point de vue du traitement, soit au point de vue administratif.

En réduisant le nombre des établissements, on réduit forcément le personnel. Et la mesure à ce point de vue mérite considération. En France, dans nos établissements de corps d'armée, le personnel médical est souvent insuffisant. Il est irrationnel de ne mettre qu'un médecin dans un grand hôpital mixte de corps d'armée, comme cela a lieu.

Le personnel médical devenu vacant trouvera facilement son emploi en France. Il en sera de même du personnel d'infirmiers qui laisse tout à désirer. Quant aux pharmaciens et aux officiers d'administration, ces appendices si lourds du corps de santé, ils trouveraient difficilement une occupation en France, où ils sont déjà en surabondance. Dès lors, il devient logique de demander la réduction de leurs cadres, notamment de celui des pharmaciens, qu'on ne peut pas même utiliser en temps de guerre.

Les partisans du maintien du service de santé en Algérie, tel qu'il existe actuellement, n'ont d'autre objection à la réforme demandée que celle de la nécessité de conserver ces hôpitaux pour augmenter l'éducation pratique de nos médecins militaires. Je pourrais répondre que les centres scientifiques, qui existent en France, permettront bien mieux aux médecins de l'armée de se tenir au courant des progrès de la science que les petits postes d'Algérie où ils sont éloignés de toutes ressources ; mais je préfère résumer en quelques mots qui seront aussi ma réponse à cette objection. L'argent des contribuables ne doit pas servir à perfectionner l'éducation scientifique de nos médecins militaires, pas plus qu'à soulager les souffrances ou favoriser la paresse des étrangers.

A. Demmler,
Ancien Médecin principal des Hôpitaux militaires.

La bonne foi du Dr de Pietra Santa.

Le Dr de Pietra Santa, ancien médecin par quartier de S. M. l'empereur Napoléon III, auquel il a dû diverses fonctions, voire des sinécures comme celle de médecin-inspecteur des eaux minérales du Département de la Seine, dont la République a eu la naïveté de lui conserver la jouissance jusque dans ces derniers temps, nous consacre plusieurs fois chaque année de petits entrefilets d'une amabilité douteuse. Nous ne nous y arrêtons pas d'habitude ; mais le dernier, paru dans le n° du 26 novembre du *Journal d'Hygiène*, p. 572, doit être relevé. Voici comment s'exprime l'auteur :

« Le journal de M. Bourneville publie, tous les ans, comme vous le savez, un numéro spécial dit *Numéro des Étudiants*, où sont énumérés tous les renseignements indispensables pour la jeunesse des écoles. Dans le chapitre *Sociétés savantes*, de même que les années précédentes, notre Société française

d'Hygiène brille par son absence, et ce, malgré les observations qu'à plusieurs reprises nous avons transmises, par lettre, à notre savant confrère.

« Sans attacher une grande importance à ce petit déni de justice, nous avons insisté pour en découvrir la véritable cause, que nous sommes en mesure aujourd'hui de vous faire connaître sans aucun commentaire.

« La Société française d'Hygiène ne paie à l'administration du *Progrés médical* aucune redevance pour la publication des procès-verbaux de ses séances. » Nous ne payons pas une pareille publicité parce que nos finances, des plus modestes, ne nous le permettent pas ; mais en quoi cet infime détail d'*intérieur* intéressera-t-il messieurs les jeunes gens, qui, en achetant le numéro dit *des Etudiants*, ont le droit de connaître l'existence et le fonctionnement de toutes les Sociétés savantes de la capitale ?

M. de Pietra Santa se plaint que nous ne signalons pas dans le *Numéro des Etudiants* la *Société française d'Hygiène*. En cela, M. de Pietra Santa se trompe et trompe ses lecteurs. Voici, en effet, ce que chacun peut lire dans le *Numéro des Etudiants* de 1896, à la première colonne de la page 340.

« ... Nous citerons encore la *Société médico-psychologique*, qui se réunit le dernier jeudi de chaque mois, rue de l'Abbaye, nº 3 (à 5 heures); — la SOCIÉTÉ FRANCAISE D'HYGIÈNE, dont le siège est au nº 44 de la rue de Rennes et qui tient ses séances le deuxième vendredi de chaque mois; etc.

Et la même mention figure dans le *Numéro des Etudiants* de 1895 (p. 325) ; de 1894 (p. 349) ; de 1893 (p. 344), sans remonter plus loin. Nous n'avons donc commis aucun « déni de justice » —, un bien gros mot pour une si petite chose —, envers la *Société d'Hygiène*. Comment alors qualifierons-nous le procédé de M. de Pietra Santa qui joint à une contre-vérité une insinuation calomnieuse? Si, à son avis, nous ne parlons pas de sa Société, c'est qu'elle ne paie aucune redevance au *Progrès médical*. Ce n'est pas le *Progrès médical* qui reçoit des « redevances » ; c'est lui qui paie, plus modestement qu'il ne le voudrait, des redevances pour les Comptes rendus des diverses Sociétés. Et il en est ainsi pour la *Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle*, qui, personnellement, en fait de bénéfice, nous coûte la cotisation annuelle que paie chacun de ses membres. Maintenant nous déclarons que nous trouverions tout naturel qu'une société savante s'entende avec un journal pour la publication de ses travaux. Nous ne voyons rien dans ce contrat qui puisse entacher l'honorabilité et de la Société et du Journal. Nous ne savions pas M. de Pietra Santa si délicat sur les questions de cet ordre.

B.

IIe CONGRÈS POUR PROTÉGER ET ACCROITRE LA POPULATION (organisé en 1896, à Paris). — Programme : Premier jour, dimanche 13 decembre : *Accroitre la nuptialité et la natalité.* — Deuxième jour, lundi 14 decembre : *Accroissement de la natalité.* — Troisième jour, mardi 15 décembre : *Protection de la Maternité.* — Quatrième jour, mercredi 16 décembre : *Protection des enfants en bas-âge.* — Cinquième jour, jeudi 17 décembre : *Protection des enfants de tous âges* — Sixième jour, vendredi 18 décembre : *Protection des adultes.* — Septième jour, samedi 19 décembre : *Protection des adultes.* — Huitième jour, dimanche 20 décembre : *Moyens de faire adopter les vœux du Congrès*

MÉDECINS CANDIDATS AU SÉNAT. — M. le Dr Treille, ancien député, candidat à l'élection sénatoriale de Constantine, a adressé sa profession de foi aux électeurs. Rappelant son attitude dans toutes les questions concernant l'Algerie, M. le Dr Treille a dit qu'il s'est consacré à la défense des intérets algériens. M. Treille a ajouté qu'il combattrait au Sénat les mesures ruineuses pour l'Algérie et poursuivrait l'organisation administrative de la colonie par l'autonomie. Il a terminé en disant que son programme était celui du parti démocratique et social, celui du parti français.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Xe SESSION DE PARIS (19-26 *Octobre* 1896) (1).

Séance du Vendredi 23 *octobre* (matin) (suite).

M. ROUTIER (de Paris). — *Traitement des cystites tuberculeuses chez l'homme.* — Je divise au point de vue du traitement, l'évolution des cystites tuberculeuses en deux parties. Pendant la première période, je m'abstiens de toute intervention, aussi bien que des lavages et des instillations. Je me contente d'un traitement général; quand les symptômes douloureux deviennent excessifs (mictions fréquentes, douleurs), je fais la cystostomie sus-pubienne. Je cautérise au thermocautère les ulcérations que je rencontre. Dès que les douleurs ont disparu et que le méat hypogastrique fonctionne bien, je pratique des lavages boriqués par le méat, puis par la voie urétrale, jusqu'à ce que j'ai reconstitué une capacité vésicale suffisante. Après quatre ou six mois, je ferme le méat hypogastrique. Malgré la longueur de la méthode, j'en ai obtenu des résultats excellents.

M. POUSSON (de Bordeaux). — *Traitement des fistules vésico-vaginales par la suture transvésicale.* — M. Pousson, au VIIIe Congrès de l'Association tenu à Lyon en 1894, avait déjà fait ressortir les avantages que peut offrir la cure de certaines fistules vésico-vaginales, inaccessibles par le vagin, au moyen de l'ouverture préalable de la vessie, permettant l'avivement et la suture transvésicale. Il est une variété de fistules s'ouvrant dans la vessie et pour le traitement desquelles la cystotomie préliminaire offre de précieuses ressources : ce sont les fistules vésico-intestinales. Pour celles-ci, l'auteur a adopté un *modus operandi*, qui a été préconisé jadis par le Pr Le Dentu, la cystotomie préliminaire. Les hasards de la clinique ont permis à M. Pousson de traiter un cas d'une affection de ce genre.

Un malade lui était adressé avec le diagnostic de fistule vésico-intestinale; ce malade rendait, depuis plus de 2 ans, des gaz par l'urèthre et expulsait quelquefois des matières fécales. A la suite d'un repas copieux, il avait été tout à coup pris de douleurs intenses dans la fosse iliaque gauche et considéré par son médecin comme atteint de cystite. A ce moment, le malade s'aperçut du trouble et de la purulence de ses urines. Depuis 4 mois seulement, l'émission des matières fécales par les urines se manifestait, au moment où M. Pousson examina son malade. Ce dernier, très impressionable, ne put tolérer l'examen direct; l'emploi du chloroforme fut nécessaire. Combinant le toucher rectal avec la palpation abdominale, l'auteur provoqua des douleurs très vives dans la fosse iliaque gauche : ce qui fit penser à l'ouverture de la fistule dans l'S iliaque; puis la cystoscopie lui fit voir sur la paroi supérieure gauche de la vessie, une plaque violacée de la largeur d'une pièce de 0 fr. 50. L'opération, proposée au malade, fut acceptée.

Le malade, chloroformé, est placé dans la position de Morand-Trendelenburg; la vessie est ouverte sur la ligne médiane, après ballonnement du rectum pour étaler le bas fond.

La plaque violacée indiquée par l'exploration cystoscopique n'est pas l'ouverture de la fistule. Un examen minutieux de la muqueuse le fait voir à environ deux centimètres du méat urétral ; son diamètre est très petit. L'opérateur procède de suite à l'avivement des bords de l'orifice, au moyen d'un petit bistouri de Sims, à lame courte et courbée sur le plat; les lèvres avivées, il les suture au moyen de points de catgut nº 0, passés à l'aide de l'aiguille à pédale. Dans le but de mettre la vessie au repos et d'empêcher que ses contractions expulsives ne tiraillent sur les fils de la suture, il laisse le réservoir ouvert et établit le drainage hypogastrique de Guyon-Périer. Après l'opération, le malade eut, pendant deux jours, de violentes douleurs au col de la vessie et dans la verge; les matières fécales continuèrent à passer par les tubes pendant dix-sept jours. Quant aux gaz, ils continuèrent à sortir irrégulièrement

(1) Voir *Progrès médical*, nos 43, 44, 46 47, et 48.

pendant deux mois environ; puis le malade ne rendit plus rien.

Il est donc de toute évidence que la réunion par *primam intentionem* n'a pas eu lieu ; mais il n'est pas moins admis que la fermeture par seconde intention a été obtenue. Le mérite de la guérison, d'après M. Pousson, ne saurait donc être refusé au bourgeonnement des lèvres do la solution de continuité.

M. ALBARRAN (de Paris). — *Physiologie pathologique de l'augmentation de volume du rein et de la polyurie dans les crises d'hydronéphrose intermittente.* — Dans les crises d'hydronéphrose intermittente on est d'accord pour admettre que la rétention de l'urine est la cause de l'augmentation de volume de l'organe et que l'issue du liquide accumulé dans le bassinet constitue la polyurie qui termine la crise. En réalité, la tuméfaction du rein reconnaît un autre facteur, dans les premières phases du moins : c'est l'état congestif de l'organe. Si l'on n'en tient pas compte, on risque de se tromper sur la quantité de liquide retenu dans le bassinet. C'est un fait que nous avons démontré expérimentalement, M. Guyon et moi, en pratiquant la ligature de l'uretère. La congestion rénale dans les crises de rein mobile accompagné ou non de distension du bassinet, peut être assez intense pour déterminer l'hématurie indépendamment de toute néphrite. J'en ai trois observations. En ce qui concerne la polyurie qui termine la crise, j'ai constaté qu'elle n'était pas toujours en rapport avec la quantité d'urine retenue dans le bassinet. J'ai observé un cas qui ne laisse pas de doute à cet égard. Il s'agit dans l'espèce beaucoup plus d'une sécrétion exagérée que d'une débâcle pure et simple. Nous avons signalé, M. Guyon et moi, la polyurie très abondante qui suit la rétention complète d'urine. En résumé, dans l'appréciation du degré de l'hydronéphrose intermittente on doit penser à la congestion rénale qui augmente le volume de l'organe; la polyurie critique est sous la dépendance d'une sécrétion surabondante et souvent sans relation directe avec le volume du bassinet distendu.

M. DESNOS (de Paris). — *Opérations palliatives contre le cancer de la prostate.* — Chez les malades atteints de cancer de la prostate on est conduit à pratiquer la cystostomie quand la dysurie ou les douleurs sont très intenses. Cette opération donne de bons résultats. Je suis intervenu chez deux malades pour calmer les douleurs irradiées dues à la compression des troncs nerveux. Je suis arrivé sur la prostate par une incision prérectale. Dans un cas, les adhérences lâchées me permirent d'obtenir assez facilement la libération de l'organe et je réséquai à droite et à gauche un fragment notable du néoplasme. Dans le second cas, je fus conduit à pratiquer à la curette un véritable sillon entre la prostate, la vessie et le rectum. La cessation des douleurs irradiées a suivi de très près l'opération et s'est maintenue jusqu'à la mort des malades.

M. LOUMEAU (de Bordeaux). — *Résection des canaux déférents et castration dans l'hypertrophie de la prostate.* — Les résultats de mon observation personnelle relativement aux opérations pratiquées sur les canaux déférents ou sur les testicules chez 6 prostatiques atteints de rétention chronique complète sont les suivantes : 1° Chez quatre malades, opérés par la résection double et simultanée des canaux déférents, l'intervention n'a eu aucune influence sur les testicules, l'état de la prostate ni les fonctions de la vessie. Tous ont dû continuer à se sonder, et chez tous la rétention a persisté complète. Deux d'entre eux, précédemment affectés de fréquentes orchites de cathétérisme, ont vu depuis l'opération leurs testicules demeurer indifférents à l'usage de la sonde. 2° Chez deux autres vieillards prostatiques, pauvres et habitant la campagne, le cathétérisme était devenu très difficile et peu compatible avec les exigences des travaux des champs. La castration double amena dans les deux cas un excellent résultat mais la guérison ne fut absolue que dans un cas. Le premier de ces malades a vu sa rétention complète transformée en rétention incomplète, ce qui lui permet d'uriner facilement sans sonde et de n'employer celle-ci que deux fois par jour, pour assurer l'évacuation totale du résidu vésical. Le second a vu, au bout de 36 heures, sa rétention complète disparaître et, depuis cette époque, sa vessie se vide entièrement sans sondage. Dans l'un et l'autre cas, le volume et la consistance de la prostate ont été sensiblement améliorés par l'opération. La prothèse testiculaire appliquée dans un but moral à la suite de la castration, permet à ces deux vieillards, préalablement décidés au sacrifice thérapeutique de leurs testicules et aujourd'hui enchantés du résultat urinaire de l'opération subie, de penser qu'une opération moins radicale a suffi pour les guérir et qu'ils ont encore leurs vrais testicules au fond des bourses. Le bénéfice retiré de l'orchitectomie par la fonction vésicale est donc augmentée chez eux par la satisfaction consolante de croire à la persistance de leur virilité.

M. G. VIGNERON (de Marseille). — *Infections péri-urétrales ; leur traitement.* — L'infection des glandes urétrales est une complication fréquente des urétrites. Dans les 6 cas, susceptibles d'intervention où nous l'avons rencontrée, elle siégeait dans la première portion de l'urètre pénien. Elle peut se limiter aux culs-de-sac glandulaires ou en dépasser les parois, gagner le tissu cellulaire péri-glandulaire, et donner des abcès péri-urétraux alors d'un certain volume. Abandonnés, ces abcès laissent une cavité infectée impossible à laver, se vidant mal dans l'urètre, dont ils entretiennent la suppuration continue ou intermittente (2 cas). Souvent aussi ils s'ouvrent vers la peau et donnent alors en plus les ennuis de toute fistule externe (2 cas). Même quand la désinfection est obtenue et que la cicatrisation semble parfaite, il est prouvé dans deux de nos observations qu'un diverticule profond peut persister vers l'urètre. En cas d'infection uréthrale nouvelle, on voit alors se reformer de nouveaux abcès péri-urétraux aux point jadis contaminés. On doit parer à ces accidents en traitant chirurgicalement toute glande infectée, à plus forte raison tout abcès ou fistule. Dans nos 6 cas, l'intervention a été la suivante : *a)* Ouverture large de l'abcès ou incision du trajet fistuleux. *b)* Secrétion de la paroi de la poche ou du trajet, et destruction des lambeaux qui peuvent persister avec la curette tranchante. *c)* Désinfection de la plaie avec le liquide approprié à la nature de l'infection. *d)* Suture si possible. Les jours suivants on aura soin de continuer les lavages uréthraux, mais à faible pression. Le résultat a été parfait dans les 6 cas. La réunion par première intention a été obtenue dans 4 cas sur 5 où elle a été tentée. La cicatrice une fois obtenue s'est maintenue dans les 6 observations. L'écoulement urétral, souvent ancien et rebelle, a rapidement disparu une fois le foyer péri-urétral oblitéré.

M. TEDENAT (de Montpellier). — *De l'ectopie inguinale du testicule; orchidopexie.* — L'ectopie inguinale est la malposition la plus commune du testicule. Son intérêt s'augmente encore de la fréquence des hernies concomitantes et des accidents multiples qui surviennent à l'organe ectopié. Chez l'enfant, le testicule inguinal est parfois peu développé, mais il conserve la facilité de suivre son évolution plastique et physiologique normales, quand on parvient à le fixer dans le scrotum. S'il reste dans le trajet inguinal, il peut remplir ses fonctions d'une façon régulière, mais cela est rare. Le plus souvent, il subit une atrophie scléreuse consécutive aux contusions, aux froissements répétés, auxquels il est soumis par le seul fait de contraction des muscles abdominaux. A plus forte raison en sera-t-il ainsi s'il est atteint d'inflammation blennorrhagique. Pour ces diverses raisons et aussi pour éviter les néoplasmes malignes plus fréquentes dans le testicule ectopié que dans le testicule occupant sa position normale, il y a indication formelle à ramener le testicule dans le sac scrotal. On y parvient parfois, dans l'enfance, par des manipulations méthodiques, aidées de l'action d'un brayer à pelote échancrée, dont l'usage est indispensable quand l'ectopie se complique de hernie. Le plus souvent on aura recours à une opération (orchidopexie) qui permettra la cure radicale de la hernie, la consolidation du trajet inguinal souvent affaibli, même sans qu'il y ait hernie faite. Cette opération m'a donné des résultats parfaits dans 10 cas sur 14 opérés. Dans 3 cas, le testicule est remonté, tout en restant à une certaine distance de l'anneau inguinal inférieur, où il ne gênait pas l'opéré. Dans un seul cas, le testicule était douloureux, vraiment névralgique et, après une année, je dus en pratiquer l'extirpation.

Séance du Vendredi 23 octobre (soir).

Rapport sur la deuxième Question mise à l'ordre du jour.

M. G. BOUILLY (de Paris). — *Le traitement des prolapsus génitaux.* — I. Il n'est pas possible de s'occuper avec fruit du traitement des prolapsus génitaux, sans rappeler en quelques mots les conditions qui président au développement de ces prolapsus et les lésions qui les constituent.

Si l'on met de côté les cas exceptionnels de prolapsus *aigu* qui se produisent comme des hernies de force chez des vierges ou chez des nullipares, les prolapsus génitaux reconnaissent comme condition indispensable de leur production un état particulier des tissus du périnée, du vagin, de l'utérus et de ses ligaments, consécutif, à échance plus ou moins longue, à la grossesse et à l'accouchement. Les lésions de ces diverses parties se combinent le plus souvent, de telle sorte que dans un prolapsus ancien et constitué, il est impossible de ne pas reconnaître que pour être efficace, le traitement doit s'adresser à des éléments multiples et remplir plusieurs indications. Il est donc nécessaire de distinguer dans les causes des prolapsus : 1° les lésions mécaniques de déchirure, de distension ; 2° les troubles de nutrition des tissus Ces derniers peuvent prendre une telle importance qu'ils arrivent parfois à dominer la pathogénie et à devenir la source d'indications spéciales et la cause d'échecs opératoires. Ces troubles peuvent débuter peu de temps après l'accouchement et porter à la fois non seulement sur le tissu de l'utérus et ses ligaments, mais aussi sur les parois vaginales qui subissent une mauvaise involution. Celles-ci restent trop grandes, trop flasques; dépourvues de force et de ténacité, elles se laissent repousser et, pour ainsi dire, dérouler de dedans en dehors, sous la poussée constante de la pression abdominale. L'utérus, soit primitivement, soit secondairement, prend part à ce travail, caractérisé à la fois par un manque d'involution et par une hyperplasie chronique augmentant le volume et le poids de l'organe. Les lèvres du col s'hypertrophient, le col lui-même augmente de longueur, surtout dans sa portion sus-vaginale.

Ce travail ne se produit jamais avec plus d'intensité et de préoocité que lorsqu'il est préparé par les lésions traumatiques du périnée, du vagin et de l'utérus. La déchirure ouverte ou sous-muqueuse du corps périnéal, l'agrandissement de la fente vulvo-vaginale, la déchirure du col utérin sont les éléments primordiaux de la descente des organes et de leurs troubles de nutrition. Mais je m'empresse d'ajouter qu'ils ne représentent pas tous les éléments de la pathogénie du prolapsus. Dans des cas de chute complète de parois vaginales, le périnée est flasque et relâché, sans être forcément déchiré. En revanche, la déchirure complète du périnée, y compris le sphincter de l'anus, c'est-à-dire l'agrandissement porté à son maximum de la fente vulvo-vaginale, peut ne pas s'accompagner de prolapsus vaginal ni utérin et persister des années entières sans qu'il se produise de descente des organes.

Il est donc nécessaire de reconnaître que les phénomènes mécaniques ne sont pas tout dans la pathogénie du prolapsus et que le plus souvent ils doivent se compliquer d'un état spécial de nutrition des tissus les prédisposant au relâchement et à la descente. En général, ces femmes prolabées présentent en même temps une surcharge graisseuse de l'abdomen ou au contraire une véritable atrophie des parois abdominales avec nombreux plis à la peau, vergetures profondes, éventration, flaccidité des parois que l'on plisse entre les doigts comme un mauvais tissu, mollesse des masses musculaires des membres et en particulier de la face interne des cuisses. Il s'agit de véritables dégénérées du tissu musculaire, de vraies dystrophiques, dont toutes les sangles sont flasques, relâchées, et incapables de s'opposer à la descente des organes qu'elles devaient maintenir. Leur corps périnéal est mou et flasque, réduit, pour ainsi dire, à l'adossement des muqueuses vaginale et rectale.

Mon collègue Tuffier, dans une excellente leçon clinique (*Semaine médic.*, 1894, p. 285) a déjà insisté sur ces faits, a montré la coïncidence fréquente en pareil cas de l'entéroptose, de l'abaissement du rein, de l'abaissement de la paroi abdominale et même, dans un certain nombre de cas, d'une espèce de dégénérescence psychique. M. Reynier a insisté sur ce même côté de la question, et il attribue cette perte de la tonicité musculaire à une véritable sénilité du système nerveux (*Bullet. Soc. Chirurgie*, 1894, 24 janvier). Le plus souvent nous nous trouvons donc en présence de femmes présentant un orifice vulvo-vaginal agrandi, un corps périnéal détruit ou atonique, des parois vaginales trop amples, un utérus trop long et souvent atteint de métrite cervicale parenchymateuse, un tissu cellulaire pelvien lâche et atrophié, des ligaments utérins mous et allongés et une nutrition générale défectueuse avec dystrophie musculaire plus ou moins généralisée. Tels sont les éléments du problème qu'il s'agit de résoudre, telles sont les lésions, les unes mécaniques, les autres vitales, en présence desquelles se trouve le chirurgien.

Dans la pratique, dans l'immense majorité des cas, c'est par le manque de soutien inférieur, grâce à l'insuffisance du plancher vagino-périnéal, que débute le prolapsus. Pour que le périnée remplisse utilement son rôle de plancher, il doit présenter une résistance et une tonicité telles que le vagin ne soit qu'une cavité virtuelle, qu'il existe un contact parfait et constant entre les parois vaginales antérieure et postérieure. Le soutien est encore mieux assuré quand l'orifice vaginal est fermé et froncé, et quand le plan de la paroi vaginale postérieure se relève vers la fourchette, de manière à ce qu'il y ait une obliquité marquée de la fourchette vers le vagin, de haut en bas, et d'avant en arrière. C'est là la vraie disposition physiologique et fonctionnelle. Dans ces conditions, l'effort, la pression abdominale, appliquent plus intimement l'une contre l'autre les parois vaginales antérieure et postérieure, fait bomber le périnée, sans que la muqueuse du vagin ait tendance à faire saillie à l'orifice vulvaire. Toute condition inverse, à savoir le défaut de contact des parois vaginales, le *porte-à-faux* de la paroi vaginale supérieure tendue comme un voile sans soutien, la béance du vagin et la pente représentée en bas et en avant par l'éculement du corps périnéal et la destruction d'une partie de sa hauteur, sera presque fatalement suivie, à une échéance plus ou moins éloignée, de l'abaissement progressif des parois vaginales, et consécutivement de l'utérus.

Plus exceptionnellement se produit la descente *primitive* de l'utérus avec intégrité du vagin et du périnée. L'*insuffisance des attaches ligamentaires et péritonéales* de l'utérus permet à l'organe de se mettre en rétroversion et de descendre de plus en plus en forçant et en retournant peu à peu les parois vaginales. Donc, on peut ranger les degrés du prolapsus génital de la façon suivante :

1° La *colpocèle antérieure* ou chute de la paroi vaginale antérieure suivie, dans l'immense majorité des cas, par la vessie, *cystocèle ;*

2° La *colpocèle postérieure*, composée souvent de la seule paroi vaginale postérieure et quelquefois compliquée du prolapsus de la paroi rectale antérieure. Le plus souvent, les deux parois vaginales sont prolabées ensemble, en général d'une manière inégale. En effet, la paroi vaginale la plus prolabée fournit un point d'appui à la paroi opposée et la retient dans sa descente :

3° La *chute du vagin avec abaissement de l'utérus et allongement hypertrophique sus-vaginal du col*, primitif ou consécutif; c'est le cas type le plus ordinaire du prolapsus avancé et anciennement constitué ;

4° Le *prolapsus du vagin et de l'utérus sans allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col.*

Au point de vue des indications et des actes opératoires, il est peut-être préférable de distinguer seulement deux grandes variétés de prolapsus :

1° Le prolapsus des parois vaginales, sans abaissement de l'utérus ou avec un faible abaissement de cette organe ;

2° Les prolapsus *totaux*, comprenant la chute des parois vaginales avec l'utérus plus ou moins saillant à la vulve ou hors de la vulve et en général hypertrophié en longueur.

Enfin, on peut ranger dans une classe spéciale l'*allongement* hypertrophique *sous-vaginal* du col, lésion à part dans laquelle il n'y a pas de prolapsus à proprement parler, l'élongation du col constituant toute la maladie.

II. — Le traitement des prolapsus génitaux se divise en méthodes de douceur, *non sanglantes*, et en méthodes *sanglantes* ou traitement chirurgical proprement dit.

Les méthodes de douceur comprennent un traitement dit médical, l'application de pessaires, la gymnastique spéciale et le massage. Le traitement médical ne peut être réservé qu'aux cas récents et légers. Le repos prolongé au lit, la suppression des vêtements serrés, l'abstention de tout effort, de la station debout, en constituent l'hygiène spéciale. Les gynécologistes américains (1) recommandent la position génu-pectorale sur une chaise longue à inclinaison, prise deux ou trois fois par jour et conservée pendant cinq à dix minutes; puis la malade garde le repos, étendue sur le dos ou sur le côté, la tête basse. Skene recommande également le port d'une ceinture spéciale (ceinture du D[r] Dowees, de Salina). Les injections astringentes, les piqûres d'ergotine, les tampons méthodiquement appliqués peuvent être associés à ces divers modes de traitement.

Contre le prolapsus ancien et constitué, le pessaire ne peut être considéré que comme un pis-aller et ne trouve son indication que dans la contre-indication du traitement chirurgical. Il s'adresse de préférence au prolapsus utérin plus qu'au prolapsus vaginal. Chez les femmes agées, en cas de contre-indication opératoire avérée, il peut rendre les plus grands services. Fehling (1) conseille, chez

(1) Skene. — *Medic. Gynec.*, 1895, p. 244.

(2) *Wien. Med. Woch.*, 1896.

les femmes qui peuvent encore accoucher, d'employer seulement les pessaires contre le prolapsus; car dans 64 p. 100 des cas, on verrait survenir la récidive après un accouchement nouveau.

En tout cas, il est indispensable de se servir des pessaires les plus *simples*, des numeros *suffisants*, les plus *petits* possible.

Le traitement kinésithérapique mis en honneur par Thure Brandt dans les affections gynécologiques consiste, pour le prolapsus, en *massage direct*, destiné à assouplir les tissus et à leur rendre l'élasticité et la tonicité; *élévation* produisant traction méthodique sur les ligaments; *gymnastique* destinée à tonifier les muscles du plancher vagino-périnéal.

On peut dire justement avec l'auteur d'une thèse récente sur ce sujet, que, pour les résultats du traitement des prolapsus génitaux par le massage, « le temps de statistique rigoureuse et comparative n'est pas encore venu (1) ».

Les *méthodes sanglantes* ou *traitement chirurgical* des prolapsus génitaux comprennent des opérations nombreuses et variées dont les unes représentent les *actes fondamentaux* du traitement, les autres, les actes *complémentaires*. Suivant le degré des lésions, leur nature et aussi les habitudes des opérateurs, les propositions peuvent se trouver renversées, les uns considérant comme *fondamental* ce que les autres regarderont comme *complémentaire*. Tel chirurgien visera surtout l'utérus, tel autre ne s'occupera que de la plastique vagino-périnéale. Aussi me paraît-il nécessaire, pour établir un certain ordre dans les indications et la discussion du traitement, de s'en rapporter à la pathogénie générale des prolapsus et de se rappeler que : 1° dans l'immense majorité des cas, le prolapsus *vaginal* est la lésion initiale; 2° que l'utérus le plus souvent suit et complique ce prolapsus; 3° que beaucoup plus rarement l'utérus descend le premier et que, même avec cette descente primitive de l'organe, il se produit un prolapsus vaginal créant les mêmes indications que s'il est primitif.

Aussi les actes *fondamentaux* du traitement doivent-ils : 1° viser d'abord et *dans tous les cas* le plancher vagino-périnéal, 2° se compliquer d'actes *complémentaires* du côté de l'utérus. Dans un très grand nombre de cas, les opérations *fondamentales* seront suffisantes et efficaces. Malgré l'importance et la gravité plus grande des opérations complémentaires (hystéropexie, hystérectomie, raccourcissement des ligaments ronds), elle restent indispensables. Il est donc nécessaire, en allant du simple au composé, de passer en revue 1° l'indication opératoire, 2° l'opération capable de la réaliser; 3° les divers procédés opératoires. Contre la cystocèle et le prolapsus du tiers antérieur de la paroi vaginale supérieure, premier terme ordinaire des lésions, la restauration du corps périnéal s'impose et souvent elle suffit, soit seule, soit associée a une colporraphie postérieure peu étendue. Toute opération qui refera et relèvera le corps périnéal, qui rétrécira l'entrée du vagin et rétablira le contact entre les parois vaginales antérieure et postérieure remplira utilement l'indication. Nous ne pouvons guère comprendre l'utilité d'une *colporraphie antérieure isolée*. A plus forte raison, nous ne citons que pour mémoire et pour les rejeter au chapitre de l'historique, les opérations anciennes d'*épisiorraphie*. A un degré plus avancé dans lequel la paroi vaginale antérieure fait hernie hors de la vulve, soit d'une façon constante, soit au moindre effort, et où l'utérus a subi une certaine descente qui amène le col à quatre ou cinq centimètres de l'orifice vulvaire, sans agrandissement notable de ses cavités et dans l'attitude plus ou moins accentuée de la rétrodéviation, l'opération type, fondamentale, trouve sa meilleure indication. La *colpopérinéorraphie* est l'opération de choix, souvent précédée de la colporraphie antérieure.

L'operation d'Hégar reste l'opération *princeps*, l'opération de fond. Quelles que soient les modifications légères données à la forme de l'avivement, au mode et à la nature des sutures elles reste toujours la meme opération. Nous avons légèrement modifié la forme primitive de l'avivement : au lieu d'amener directement en avant et en haut les branches divergentes du V à sommet supérieur, nous traçons d'abord ce V dans la portion vaginale proprement dite et relevons ses branches à droite et à gauche, à partir du point qui correspondra à l'union avec le vagin du corps périnéal reconstitué et nous nous rapprochons beaucoup du tracé d'avivement par le procédé de Fritsch. Si l'on a soin de passer les sutures vaginales de manière qu'au moment de leur constriction elles froncent et tassent les tissus, si l'aiguille destinee à ramener les fils d'argent périnéaux est d'abord enfoncée perpendiculairement et assez loin en dehors de la surface avivée, de manière à charger et à ramasser les tissus écartés à droite et à gauche, les résultats sont excellents. Au fur et à mesure que les fils du vagin sont serrés, la paroi vaginale postérieure se relève et vient se mettre au contact de la paroi antérieure; le corps perineal se reconstitue et se relève avec la constriction des fils d'argent, le vagin se ferme. L'opération de Martin n'est qu'un derive de l'opération d'Hégar. Qu'on ajoute à l'une quelconque de ces opérations la colporraphie antérieure et, en cas de déchirure ancienne et d'hypertrophie du col, l'amputation partielle de cet organe suivie de sa restauration immédiate, on sera bien près de l'opération idéale répondant à chacun des éléments de l'indication. La colporrhaphie *antérieure* représente un des temps les plus delicats des manœuvres; appliquée à une colpocèle peu considérable, elle est simple et facile et généralement suivie d'un bon résultat. Si la cystocèle est considérable, si la paroi vaginale antérieure prolabée présente une large étendue transversale, l'opération est difficile et le résultat aléatoire. Dans ce cas, il nous paraît préférable d'employer le procédé de Fehling (*Traité de Gynécologie*, 1893) et de faire sur la paroi vaginale antérieure une *double* colporraphie latérale en laissant entre les parties avivées une bande de tissu sain, à la place occupée par la colonne antérieure du vagin. Fehling conseille en outre de faire l'opération en deux temps et de ne pratiquer la colporraphie postérieure et la périnéorraphie que quinze à vingt jours plus tard; de cette façon, les sutures ne sont pas tiraillées et les résultats définitifs sont meilleurs. Dans le même but, Fritsch, Linhardt, Winckel ont cherché à obtenir une plus grande solidité dans la cicatrice en n'ayant pas seulement une cicatrice médiane et ils ont imaginé divers procédés de transplantation de lambeaux vaginaux. On a même proposé (1) de transplanter des morceaux d'os décalcifié dans la plaie de la colporraphie et de la colpopérinéorraphie, de façon à diminuer la probabilité des récidives. Les résultats étaient trop récents au moment de cette publication pour qu'on ait pu juger de leur valeur.

Pour obtenir le rétrécissement du vagin, Péan (2) place de chaque côté de l'utérus, à travers le cul-de-sac vaginal latéral, deux rangées de sutures; ces sutures sont laissées en place trois semaines; elles coupent les tissus et provoquent ainsi un tissu cicatriciel qui est un nouveau moyen de soutien pour le vagin. Cette opération est complétée par une colpopérinéorraphie. Terrillon conseille de pratiquer sur la paroi vaginale l'ablation d'une série de lambeaux verticalement disposés, comprenant tout l'espace compris entre l'ouverture vulvaire et le corps de l'utérus, et termine l'opération par une périnéorraphie.

M. Dubourg (de Bordeaux) (3) a imaginé de soutenir l'utérus à l'aide de deux lambeaux pris sur la face antérieure du prolapsus, au niveau de l'utérus, et rabattus au-dessous du col sur lequel l'organe vient reposer. L'opération est complétée par une colpopérinéorraphie. Michael (4) a pratiqué, dans des plis de la muqueuse vaginale, des injections d'alcool absolu. Freund, de Strasbourg, rajeunissant un procédé déjà employé en 1835 par Bellini, de Florence, sous le nom de *colpo-desmorraphie*, a retréci le vagin par une série de sutures au fil d'argent parcourant circulairement les parois vaginales. Jacobs, de Bruxelles (5), sous le nom de *colpostricture, pessaires multiples*, a repris la même opération avec des crins de Florence conduits sous la muqueuse et la fronçant absolument comme un lacet en coulisse vient fermer une blague à tabac. Plus récemment, Gubaroff (6) a publié trois opérations dans lesquelles, à l'aide d'une aiguille et d'un crin de Florence, il circonscrit un quadrilatère de tissus sur la paroi vaginale antérieure et fait un grand pli transversal à la muqueuse de manière à reconstituer une colonne vaginale antérieure très résistante. La même manœuvre est répétée sur la paroi vaginale postérieure. Ces deux temps vaginaux sont associés à une amputation préalable du col, s'il en est besoin. Ces divers procédés ne peuvent être considérés que comme exceptionnels et, à notre avis, dans les cas de prolapsus au 1er et au 2e degré — prolapsus vaginal et prolapsus vagino-utérin, sans élongation de l'utérus — la colpopérinéorraphie, genre Hégar, avec modification plus ou moins personnelle dans le mode d'avivement et de suture, reste l'opération fondamentale l'opération de choix l'opération répondant a la plus réelle des indications.

Tout est dans la bonne exécution du procédé, et de cette bonne exécution nous plaçons au premier rang : 1° l'étendue antéro-postérieure et transversale de l'avivement, commençant en haut a 1 centimètre ou 1 cent. 1/2 au-dessous du col utérin, s'étendant en travers presqu'à l'union de la paroi vaginale postérieure avec les parois latérales; 2° l'application de sutures entrant très près de la ligne d'avivement et ressortant au point opposé symétrique après avoir parcouru et chargé toute l'épaisseur des tissus compris dans l'anse, jusqu'au voisinage de la muqueuse rectale, 3° la soigneuse coaptation des bords avivés par-dessus les tissus déprimés profondément pendant la constriction du fil, 4° la néces-

(1) La méthode de Thure Brandt, son application aux maladies des femmes; Mme Peltier. *Thèse de Paris*, 25 janvier 1895

(1) Trezzi. — *Congrès de Rome*, 1894.
(2) *Bullet. médic.*, 1889, III, p. 252.
(3) Bordier. — *Thèse de Bordeaux*, 1893-94.
(4) *Soc. de Gynécologie de Hambourg.*
(5) *La Policlinique*, 1894.
(6) *Centralbl. f. Gyn.*, 18 janvier 1896.

sité de la réunion immédiate assurée par une bonne antisepsie avant et après l'opération.

III. — Nous aborderons maintenant les opérations complexes et combinées dans lesquelles ce traitement ne vise plus seulement le *soutien inférieur* de l'utérus, mais s'adresse isolément ou en association avec d'autres interventions aux moyens de fixité supérieure de l'utérus ou à cet utérus lui-même pour le modifier dans sa forme, dans son poids, ou pour le supprimer d'une façon radicale.

A. *Fixation de l'utérus et de la vessie.* — Peu de chirurgiens ont eu l'idée de suspendre l'utérus prolabé à l'aide des *seuls ligaments ronds*. L'opération d'Alexander, justifiée contre les rétro-déviations mobiles, non compliquées de prolapsus vaginal et de déchirure périnéale, insuffisante quand ces dernières conditions coexistent, se trouve tout naturellement frappée de stérilité quand elle a la prétention de soutenir un utérus auquel fait défaut tout l'appareil de soutien inférieur, comme dans le prolapsus génital. La *colpopexie indirecte*, dans laquelle, à l'aide d'une laparotomie latérale, trois fils sont passés dans la corne utérine et fixés aux piliers inguinaux, rentre dans la même catégorie d'intervention et comporte la même appréciation. Nous ne critiquons pas cette manière de faire; mais il nous a semblé que si l'abaissement utérin était encore peu prononcé, que si l'utérus avait son volume normal et n'avait pas encore subi l'élongation sus-vaginale, la simple colpopérinéorraphie, largement exécutée, suffisait à faire remonter l'organe et à le maintenir dans une attitude suffisamment élevée.

On doit à mon avis porter le même jugement sur l'*hystéropexie*. Appliquée seule, elle nous paraît avoir trahi les espérances qu'elle avait données. Laroyenne combine l'hystéropexie abdominale antérieure avec les opérations autoplastiques indiquées par chaque cas; pour lui, cette combinaison réduit parfaitement le prolapsus et représente l'opération de choix dans la grande généralité des cas (1). A côté de ces opérations portant, soit sur l'utérus seul, soit sur l'utérus et le vagin, on peut signaler des tentatives plus complexes, dans lesquelles on s'est proposé d'agir en même temps sur la vessie prolabée. Sous le nom de *colpocystorraphie*, Byford (2) a pratiqué la série d'opérations suivante : 1° la suture à la paroi postérieure du canal inguinal de chaque côté de la tunique fibreuse du vagin, des deux côtés de l'urètre ; 2° le raccourcissement des ligaments ronds ; 3° l'élytrorraphie postérieure de Martin et la périnéorraphie.

Kiriac associe la cystopexie à la fixation de l'utérus. Son opération, à laquelle il donne le nom d'*hystéro-cysto-ventropexie*, consiste : 1° à fixer la face antérieure de la vessie à la paroi abdominale ; 2° à fixer la face postérieure de la vessie à la face antérieure de l'utérus en mettant en contact les deux surfaces séreuses, vésicale et utérine ; 3° à fixer l'utérus à la paroi abdominale. Dans le seul résultat publié et paraissant favorable, l'opération ne datait à peine que de quatre mois. C'est encore dans le but de fixer l'utérus que Frommel (3) a cherché, sans succès, à faire le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par la laparotomie, et que Sänger a proposé la *rétro-fixation* du col par le cul-de-sac postérieur (1891).

B. *Amputation partielle de l'utérus et opérations plastiques.* — L'augmentation de longueur de l'utérus par élongation sus-vaginale du col, de beaucoup la plus fréquente, constitue, dans la cure des prolapsus génitaux, une indication opératoire de premier ordre; en outre, l'hypertrophie ordinaire des lèvres anciennement déchirées, à muqueuse éversée et souvent ulcérée, atteintes de dégénérescence scléro-kystique, chroniquement enflammées, entraîne par elle-même la nécessité d'une intervention directe.

Cette élongation utérine, qui est un des éléments du prolapsus vagino-utérin avancé, ne saurait être négligée sans que toutes les tentatives opératoires faites en dehors d'elle soient forcément frappées de stérilité. Les opérations plastiques les mieux réussies ne donneront qu'un résultat temporaire si on laisse persister au-dessus d'elles un utérus trop long, trop lourd, à mauvaise circulation.

La combinaison d'une amputation partielle élevée du col avec les opérations plastiques vaginales représente la meilleure exécution des indications opératoires fournies par le prolapsus vagino-utérin avancé. Après amputation circulaire de la muqueuse vaginale cervicale, isolement du col aussi loin que possible à la face antérieure et à la face postérieure, celui-ci est divisé sur les côtés, au niveau des commissures, à droite et à gauche; les valves antérieure et postérieure sont incisées obliquement et la muqueuse vaginale est suturée au catgut avec la muqueuse cervicale par le procédé d'Hégar.

De cette manière, 4 ou 5 centimètres du col peuvent être facilement retranchés, et si l'on se rappelle que les utérus prolabés et élongés ne présentent guère plus en moyenne de 11 à 13 centimètres de longueur, on voit que, par cette amputation, l'utérus est ramené presqu'à sa longueur normale et n'excède plus guère 7 à 8 centimètres.

En outre, l'ablation des portions hypertrophiées entraîne dans le reste de l'organe un véritable travail de sclérose et d'atrophie à la suite duquel il se produit encore une diminution de volume et de poids. Le dernier temps consiste dans l'exécution d'une large colpopérinéorraphie et le plus souvent auparavant d'une colporraphie antérieure.

Il est remarquable de constater, après un temps éloigné, la fixité donnée à l'utérus à la suite de cette amputation élevée du col; il se fait tout autour, dans le tissu cellulaire péri-utérin, un travail de rétraction à la suite duquel la portion sus-vaginale de l'utérus se trouve immobilisée et fixée. Si le résultat opératoire éloigné est défectueux, la récidive est exclusivement formée par le prolapsus *vaginal*; l'utérus reste en place et à la longue même il paraît s'atrophier.

Westermarck (1) ajoute à l'amputation du col deux colporrhaphies latérales partant du haut du vagin, circonscrivant 2 centimètres de tissu en haut, finissant à angle aigu en bas. Il termine par la périnéorraphie de L. Tait. A l'amputation élevée du col, précédée de la ligature de la base des ligaments larges, Folet, de Lille (2), ajoute la dissection des 2/3 supérieurs des parois vaginales non suivie de réunion et abandonnées à la cicatrisation par seconde intention, et termine par une colpopérinéorraphie d'après le procédé de Doléris. M. Chaput (3), dans un important mémoire, discute les indications de l'hystérectomie totale appliquée à la cure du prolapsus et, en résumé, conseille de se contenter de l'extirpation supra-vaginale élevée du col utérin, avec résection large du vagin et colporraphie antérieure et postérieure. Il considère cette opération comme plus bénigne et tout aussi efficace que l'hystérectomie totale.

C. L'*hystérectomie* pratiquée de parti pris dans la cure du prolapsus n'avait guère été exécutée en France jusqu'à ces dernières années; Richelot (25 juillet 1886), Terrillon (1880), Goullioud (1891), Pozzi (1891-92), Quénu (1892), Segond, Lejars (1893) sont les premiers opérateurs qui aient fait cette variété d'hystérectomie. Mais la question n'a vraiment été mise au point que depuis l'importante discussion de la Société de Chirurgie provoquée par la très intéressante communication de Quénu (20 décembre 1893). Un autre travail de la plus haute valeur, publié par R. Ash, assistant de Fristsch (4), de Breslau, nous avait initiés à la pratique étrangère.

Il est résulté de toutes les discussions qu'en dehors de lésion avérée de l'utérus ou des annexes, l'hystérectomie ne devait être proposée que chez la femme ayant dépassé la ménopause ou en étant assez rapprochée pour que la conception soit peu vraisemblable.

Un fait a aussi été acquis dès le début, à savoir, que *seule*, c'est-à-dire non associée aux opérations plastiques exécutées sur le vagin, l'hystérectomie n'est pas suivie d'un résultat thérapeutique utile; il a donc été admis qu'il était absolument nécessaire de faire suivre l'hystérectomie des opérations plastiques vaginales. Les indications de l'hystérectomie ont été très nettement posées par les divers opérateurs. Pour Quénu, c'est une bonne opération « contre le prolapsus total, chez une femme ayant atteint la ménopause, principalement quand il s'agit de femmes dont la condition sociale nécessite une vie active, *spécialement lorsque l'état du périnée et du vagin ne laisse aucun doute sur la possibilité de restituer* utilement l'appareil de soutènement. » Pozzi pense qu'il ne peut s'agir d'hystérectomie que si les parties à réduire, c'est-à-dire l'utérus et les parois vaginales, ont acquis un tel volume que, comme dans les anciennes hernies, elle *ont perdu droit de domicile*, « lorsqu'on trouvera, par la palpation et le cathétérisme, l'utérus allongé au hypertrophié de telle sorte que la réduction portera un obstacle évident au succès de la reconstitution du périnée. En pareil cas, le vagin éversé a aussi pris des dimensions exagérées, si bien que les mêmes raisons existent pour en supprimer un segment : l'hystérectomie vaginale doit donc bien être alors, dans toute l'acception étymologique du mot, une *colpo-hystérectomie*.

1° De même, à la clinique de Léopold (de Dresde) (5), l'hystérectomie est pratiquée :

1° Quand les souffrances provoquées par le prolapsus sont très considérables et que les autres modes de traitement ont échoué.

2° Dans l'atrophie sénile de la muqueuse vaginale, ou au con-

(1) Joyeux. — *Th. de Lyon*, 4 février 1895.
(2) *Amer. Jour. of Obst.*, fév. 1890.
(3) *Zeitsch. f. Geb.*, XXVII, p. 291.

(1) *Congrès de Bruxelles*, 1894.
(2) Lamaud. — *Thèse de Lille*, 13 février 1896.
(3) *Bullet. Soc. Chir.*, 31 janvier 1894.
(4) *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXXI, 1893.
(5) Woff. — *Soc. des Médec. russes*, Moscou, 9 décembre 1894.

traire dans l'hypertrophie excessive, cas où les opérations plastiques échouent.

3° Dans le relâchement excessif de l'appareil ligamenteux de l'utérus; quand la réduction de l'organe est suivie immédiatement d'un nouveau prolapsus sous l'action de la pression abdominale.

4° Dans les prolapsus irréductibles par suite de l'hypertrophie utérine ou d'adhérences pelviennes.

5° Quand il y a une complication de fibromes, de cancer, etc.

Les contre-indications sont tirées du jeune âge relatif des malades, éloignées de la ménopause, et surtout de la débilité sénile, de la déchéance vitale résultant d'une lésion organique du cœur, des poumons, des reins ou de toute autre cause (Pozzi).

La technique opératoire diffère en plusieurs points de la technique de l'hystérectomie vaginale appliquée aux autres lésions de l'utérus ou aux affections des annexes: 1° La nécessité d'obtenir une réunion immédiate pour les parois vaginales supprime la possibilité de l'emploi des pinces à demeure et exige celui des ligatures; 2° on a cherché à obtenir, entre la partie supérieure du vagin et les parties sus-jacentes, des adhérences solides capables de former un dôme résistant ou à créer, à l'aide des ligaments, une large sangle sur laquelle viendrait se perdre la pression abdominale; 3° on a combiné dans un même temps l'hystérectomie avec de larges résections de segments du vagin.

Martin (de Berlin) ferme le péritoine et suture les ligaments larges de manière que leur surface cruentée fasse saillie dans le vagin; Czempin conseille aussi de pendre le vagin aux moignons des ligaments larges coupés le plus loin possible de l'utérus.

Beverley Mac Monagle (de San Francisco) suture les ligaments larges l'un à l'autre, afin de fermer le péritoine et de fournir à la partie supérieure du vagin un point d'attache aussi solide que possible. M. Quénu a préconisé la même pratique; il réunit l'un à l'autre les deux moignons des ligaments larges, de manière à faire une sorte d'écharpe, de sangle qui soutienne les efforts abdominaux. « Le péritoine est ensuite rapidement suturé en avant et en arrière aux bords antérieur et postérieur de l'angle; la surface des pédicules est donc extra-péritonéale; nous la recouvrons de la face cruentée du vagin que nous suturons entièrement avec du catgut, de manière à ne pas avoir à enlever les fils. Une des sutures au moins traverse à la fois les lèvres de l'incision vaginale et le pédicule. Le vagin adhère ainsi aux pédicules; l'orifice résultant de l'ablation utérine est fermé en totalité; la rétraction cicatricielle, loin de tirer excentriquement sur la cicatrice pour l'affaiblir, ne pourra que la remonter et tirer sur le vagin. » *Pour être efficace*, il faut que l'hystérectomie *vaginale soit une véritable colpopexie* (Quénu).

Pozzi ne croit pas nécessaire de pratiquer une fixation ou une suspension du fond du vagin en le suturant aux ligaments larges réunis. La manœuvre la plus importante consiste à combiner l'hystérectomie avec une large résection vaginale; cette combinaison est réalisée par le procédé de Fritsch, décrit par R. Ash. On attire fortement le col à l'aide d'une pince de Museux en haut et en avant; on fait une première incision en forme de V à sommet postérieur, répondant à l'union du tiers postérieur du vagin avec les deux tiers antérieurs de la paroi vaginale postérieure. On ouvre de suite le cul-de-sac de Douglas et l'on suture le péritoine à la lèvre postérieure de l'incision. Il est alors très facile d'attirer le fond de l'utérus dans la plaie. Une éponge montée étant placée dans le cul-de-sac péritonéal pour empêcher l'intestin de sortir, on fait la ligature par étages des ligaments larges, en commençant par le haut. On enlève simultanément les annexes, si c'est possible. Il ne reste plus qu'à détacher la vessie et à réséquer la paroi vaginale antérieure.

Le col étant fortement attiré en bas, on fait sur le vagin une incision en U à convexité répondant à l'urètre, puis on détache la muqueuse depuis celui-ci jusqu'au col; ce qui se fait en partie avec les doigts, en partie au bistouri. Une fois arrivé au col, on peut s'aider avantageusement dans le détachement de la vessie en opérant de haut en bas, c'est-à-dire par le cul-de-sac vésico-utérin. Si l'adhérence à la vessie était trop grande, on inciserait à travers le muscle utérin.

L'utérus enlevé avec les deux grands lambeaux de muqueuse vaginale, antérieure et postérieure, y attenant, on réunit transversalement les deux lèvres résultant de la résection de la paroi vaginale antérieure; puis après avoir réduit la vessie, on recouvre celle-ci avec le péritoine vésico-utérin qu'on suture à la muqueuse vaginale. Les moignons des ligaments larges sont suturés au vagin de chaque côté. De cette manière, le peu qui reste de vagin est attiré en haut par le péritoine et surtout par les moignons des ligaments larges.

Pozzi a fait subir à ce procédé d'assez notables modifications décrites dans les *Annales de Gynécologie* de 1894.

Tout récemment, M. Jacobs, de Bruxelles (1), découragé par les mauvais résultats fournis par les opérations plastiques et l'hystérectomie vaginale, suivie de la colpo-stricture, a imaginé une nouvelle opération pour la cure du prolapsus génital total, à laquelle il donne le nom de *Trachélopexie ligamentaire*. Cette opération comprend: 1° une cœliotomie; 2° l'ablation de l'utérus; 3° la trachélopexie proprement dite. La première opération de M. Jacobs date du 14 janvier 1896; la dernière citée est du 11 avril dernier; les résultats immédiats observés ont été très bons; mais il est impossible de juger encore des résultats définitifs.

L'importance de cette opération, sa gravité possible entre des mains moins habiles que celles de son auteur, l'incertitude actuelle des résultats éloignés, nous obligent encore aujourd'hui à une grande réserve dans l'appréciation de cette nouvelle opération. C'est, croyons-nous, la dernière en date pour la cure des prolapsus génitaux, et c'est par elle que nous terminerons cette énumération longue et néanmoins forcément incomplète.

Il serait intéressant de pouvoir fournir une statistique des résultats fournis par les diverses méthodes et procédés opératoires. Malheureusement, il est impossible d'établir cette statistique d'une façon rigoureuse; les cas sont trop différents les uns des autres pour que les chiffres puissent être considérés comme ayant une grande valeur. Il est trompeur de faire entrer dans le même compte les résultats fournis par les opérations dirigées contre le prolapsus complet et par celles qui ne s'adressent qu'aux prolapsus au premier ou au deuxième degré; et cependant, dans les statistiques, il n'est pas fait mention de ces distinctions.

Les meilleurs résultats sont fournis par la réparation des déchirures *complètes* du périnée, alors même qu'elles s'accompagnent de rectocèle et de cystocèle accentués. L'apparente contradiction de ces faits trouve son explication dans ces circonstances que: 1° les femmes atteintes de déchirure complète et tourmentées par les graves inconvénients qui en résultent se font en général opérer avant que le prolapsus vaginal et utérin ait eu le temps de se produire ou de se prononcer; 2° que beaucoup de femmes à déchirures complètes ont des tissus solides et résistants qui permettent aux organes de rester en place, malgré la brèche périnéale.

Les meilleurs résultats sont ensuite fournis par les opérations plastiques combinées avec les amputations élevées du col, bien qu'il s'agisse dans ces cas de prolapsus très avancés ou complets.

Au point de vue de la forme extérieure, c'est-à-dire de la reconstitution de la hauteur totale du périnée, de la fourchette, de l'absence complète d'une légère saillie de la paroi antérieure au moment de l'effort, on peut évaluer les résultats définitifs à 75 à 80 0/0. Mais il est important de faire remarquer que malgré ces imperfections de la forme, le résultat utile est atteint lorsque les parois vaginales sont en contact derrière le périnée. Ces imperfections tiennent soit à un mauvais détail de technique, au défaut de hauteur dans l'avivement latéral, soit à une mauvaise réunion de la suture, soit à sa désunion dans les quelques jours qui succèdent à l'ablation des fils.

2° *Hystéropexie. Vagino-fixation.* — Raühüt (*Dissert. inaugur.* Halle, 1895), sur 55 hystéropexies pratiquées par différents opérateurs contre des prolapsus utéro-vaginaux, relève 3 morts, c'est-à-dire 5,4 0/0. Sur 50 cas revus, on a observé :

Récidives	19 0/0
Améliorations	15 0/0
Guérisons	60 0/0

Il n'est guère possible de juger encore des résultats fournis par la *vagino-fixation* de Dührssen-Mackenrodt, appliquée au traitement du prolapsus. Fehling l'a pratiquée 11 fois dans des cas graves; il a pu se convaincre que l'opération était longue et laborieuse, s'accompagnait d'une perte de sang abondante et ne pouvait être terminée que par une colporraphie antérieure simple et une périnéorraphie, la colporraphie antérieure double étant rendue impossible par les manœuvres préalables.

3° *Hystérectomie.* — Dans ce même travail, Raühüt a ressemblé 137 cas d'extirpation totale de l'utérus contre le prolapsus, avec 14 morts, soit 10 0/0 de mortalité, et les résultats suivants :

Récidives	8,8 0/0	des cas
Amélioration notable	15,8 0/0	—
Guérison complète	77,4 0/0	—

(*A suivre*). LOMBARD.

(1) *Annales de l'Institut Sainte-Anne*, t. I, 115, 15 juin 1890.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 novembre 1896.

Sur la répartition de la lipose dans l'organisme.

Dans une note précédente, M. Hanriot a montré que le sérum du cobaye et du lapin contient un ferment hydratant les graisses. Dans ce nouveau travail, il trouve que la présence de la *lipose* dans le sérum est un phénomène

général chez les mammifères homme, chien, cheval, bœuf, mouton, âne). D'où provient ce ferment des graisses? M. Hanriot l'a recherché dans les différents organes, et il a constaté que seuls le pancréas et le foie, à l'exclusion des autres organes en renferment des quantités notables. Cependant, il ne croit pas que la *lipose* du sang provienne du pancréas, car, après l'ablation de cet organe, le sérum était plus actif que celui d'un chien normal. Toutefois, il faut signaler que l'ablation du pancréas n'avait pas été complète. La *lipose* ne provient pas des globules du sang, car du plasma oxalaté, séparé des globules par centrifugation, a une activité comparable à celle du sérum. Le rôle de la lipose dans les actes de dénutrition est de solubiliser les réserves graisseuses et de les remettre en circulation dans le sang, où elles ne tarderont pas à être comburées.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 *novembre* 1896.— Présidence de M. Chauveau.

M. Phisalix expose ses *recherches sur la résistance des serpents venimeux aux venins.* Il a constaté que cette résistance n'est pas due seulement au pouvoir toxique ni au pouvoir immunisant du sang. C'est ainsi que la vipère, qui peut supporter des doses énormes de venin, possède un sang dont le pouvoir immunisant est très faible. Il faut chercher ailleurs que dans le sang exclusivement le principe de l'immunité, et l'auteur pense, après expériences faites avec des extraits de tissus glycérinés, que les glandes salivaires des serpents, du cobra en particulier, possèdent, elles aussi, un principe immunisant dont l'action s'ajoute à celle du sang.

M. Widal montre les réactions différentes provoquées sur le sérum de sang de fièvre typhoïde par le *bacille typhique et le bacille de la psittacose.* Le premier possède des propriétés agglutinatives nettes; le second produit surtout un trouble du liquide. Ces différences permettent, au point de vue du diagnostic par les sérums, de ne pas tenir compte de la cause d'erreur, qui pourrait résulter du bacille des perruches infectieuses.

M. Leucoque montre des *photographies obtenues par les rayons Rœntgen* et permettant de se rendre compte de différents détails de structure interne d'animaux non disséqués. Il se propose d'appliquer ce procédé aux nombreuses pièces de musée, principalement aux fœtus monstrueux que l'on ne peut disséquer, sous peine de détruire leur forme générale.

M. Gley dépose une note de M. Rouxeau (de Nantes), qui a constaté l'hypertrophie des glandules accessoires dites para-thyroïdiennes dans l'extirpation du corps thyroïde chez le lapin. Le travail de l'auteur porte sur 103 expérimentations.

MM. Ettlinger et Nageotte. — *Lésions des cellules du système nerveux central dans l'intoxication addisonienne expérimentale (décapsulation).* — A la suite de l'extirpation des deux capsules surrénales, la mort survient constamment chez les animaux, avec des symptômes paralytiques. Abelous et Langlois ont démontré qu'il s'agit d'une auto-intoxication. L'étude histologique du système central démontre qu'il existe des lésions cellulaires que l'on peut mettre en évidence par les méthodes cytologiques nouvelles. Les lésions consistent en altérations profondes : 1° de la substance chromatophile du protoplasma qui est fragmentée et comme réduite en poussière; 2° de la substance achromatique qui présente des fissures dans ses régions centrales, avec une tuméfaction générale et un épaississement des prolongements protoplasmiques. Les cellules de tout l'axe cérébro-spinal sont prises, aussi bien celles du cerveau que celles du cervelet et de la moelle; il est légitime d'établir un rapport entre ces lésions et les symptômes nerveux de l'intoxication addisonienne.

MM. Gley et Charrin présentent les membres postérieurs préparés de deux lapins, fils de pères inoculés de maladie pyocyanique, et présentant une faiblesse congénitale avec amputation spontanée du membre postérieur.

M. Féré fait remarquer que, si l'amputation congénitale est très rare chez le lapin, les malformations congénitales sont, au contraire, extrêmement fréquentes. Il faudrait multiplier les expériences pour fixer le vrai déterminisme.

M. Retterer dépose une note de M. Rabaud sur l'*origine endodermique des vaisseaux sanguins.*

M. Roger a étudié l'effet *des injections d'eau salée sur l'élimination urinaire.* Le ferrocyanure de potassium, injecté par les veines, passe normalement dans l'urine en treize minutes. Après injection d'eau salée, il apparaît en six minutes. Pour le sulfindigotate de soude, l'action est plus rapide encore. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er *décembre.* — Présidence de M. Hervieux.

Double ophtalmoplégie familiale héréditaire.

M. Panas lit un rapport sur un travail du Dr Gourfein (de Genève), portant sur six cas d'ophtalmoplégie double congénitale chez des enfants d'une même famille. Aucune des causes ordinairement invoquées, syphilis héréditaire, maladies infectieuses de la mère pendant la grossesse, dystocie et application de forceps, n'est ici admissible. Il s'agit donc vraisemblablement d'une amyotrophie héréditaire familiale, analogue aux cas de Leyden, Erb, Charcot, Marie, Déjerine, Landouzy, mais à localisation spéciale sur les muscles de l'œil. Un certain nombre de signes qui manquent dans l'ophtalmoplégie acquise nucléaire existent ici. Ce sont le nystagmus, l'aplatissement des arcades sourcilières, l'amblyopie, une certaine excavation avec pâleur du disque optique. La micropsie, la fausse projection des images font défaut. Malgré l'absence d'examens anatomiques, la théorie de M. Gourfein semble assez satisfaisante.

Un cas d'anévrysme cirsoïde.

M. Klein présente un enfant offrant un souffle intermittent piaulant, qui s'entend partout sur le crâne. Il n'y a ni renforcements du bruit, ni tumeur vasculaire ou autre. Le diagnostic d'anévryme cirsoïde est donc probable mais non certain.

L'origine des maladies infectieuses.

M. Kelsch montre qu'il ne faut pas exagérer le rôle de la contagion. Les mêmes microbes peuvent être tour à tour saprophytes et pathogènes, ce qui rend admissible la genèse spontanée des infections sans contage médiat ou immédiat.

Un cas de pied de madura.

M. Blanchard lit un rapport sur une observation du Dr Legrain (de Bougie). Les tubercules qui accompagnent l'énorme gonflement du pied renferment des grains blanchâtres. Ces grains sont dus à une mycose spéciale du genre Discomyces. Le traitement est jusqu'ici resté impuissant. Le parasite semble pouvoir pénétrer dans le sang, car le malade a eu sans plaie nouvelle une nouvelle localisation à la jambe droite.

Élections.

L'Académie se réunit ensuite en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Ferrand sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale : Voici l'ordre de classement : 1re ligne, M. Huchard ; 2e ligne, M. Mauriac; 3e ligne, *ex æquo* MM. du Castel, Hutinel, Moutard-Martin, et Sevestre. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 *novembre* 1896. — Présidence de M. Ch. Monod.

Kystes congénitaux du cou.

M. Walther fait un rapport sur un travail de M. Verchère. Il s'agissait d'un enfant porteur d'un kyste congénital siégeant au niveau de la gaine des vaisseaux et se prolongeant jusqu'au péricarde. M. Verchère s'est peut-être laissé entraîner, étant donné les difficultés qu'il a rencontrées. Si ces kystes sont souvent en rapport avec les gros vaisseaux du cou, ils sont

souvent faciles à détacher, surtout de la veine jugulaire. L'extirpation totale a été souvent suivie de succès, et doit être conservée; mais dans les cas d'adhérences impossibles à détacher, et dans les cas analogues à celui de M. Verchère où il existe des prolongements inaccessibles, tels que ceux allant vers le péricarde, il faut savoir s'arrêter à temps.

M. Quénu. — J'adopte complètement les conclusions de M. Walther. Il est certain que, lorsqu'ils ne sont pas enlevables, il faut laisser les prolongements des kystes congénitaux du cou. Je possède une observation de ce genre.

M. Kirmisson. — L'extirpation complète des kystes séreux est non seulement possible, mais conseillée dans la plupart des cas. Ces tumeurs ont des rapports intimes avec les vaisseaux et ont parfois des prolongements qui devront entraîner à suivre la conduite qu'à suivie M. Verchère. Dans un cas que j'ai eu à opérer, j'ai été amené à faire la même chose.

Prolapsus du rectum.

M. Schwartz. — J'ai opéré deux prolapsus du rectum par la méthode de Gérard-Marchant. Dans un cas, il s'agissait d'une femme de 53 ans, dont le prolapsus datait de l'enfance. Le prolapsus était considérable. A la suite de l'intervention, la guérison se fit en un mois. Les résultats ultérieurs furent parfaits, et 18 mois plus tard, il n'y en avait plus trace. J'ai vu aujourd'hui même la malade; l'intervention date de 3 ans. La malade n'a plus d'incontinence et le prolapsus ne s'est pas reproduit. J'avais ajouté au procédé de M. Marchant une colpopérinéorrhaphie.

Perforations intestinales dans la fièvre typhoïde.

M. Monod. — J'ai été appelé pour voir un homme atteint de perforation intestinale. Je fis une laparotomie médiane qui donna issue à un flot de sérosité purulente et à une anse d'intestin grêle qui était perforée. Je suturai celle-ci et après lavages du ventre je fermai le ventre drainé... L'amélioration fut apparente pendant 36 heures et le malade mourut. A l'autopsie, on constata que la suture avait tenu. C'est Leyden en 1884 qui eut l'idée d'intervenir au cours de la fièvre typhoïde. On possède aujourd'hui un total de 35 cas, sur lesquels on relève 5 cas de guérison. Mais, si on les examine, on voit que ces 5 cas sont loin d'être certainement authentiques. Deux seulement ne sauraient donner lieu à aucun doute. Ce que l'on peut dire d'un façon formelle, c'est que la suture intestinale, même dans ces cas, tient; mais le malade est déjà en demi-collapsus. Un malade atteint de perforation au cours de fièvre typhoïde meurt ou doit mourir. Et n'y aurait-il qu'un seul cas (et il y en a 2) de guérison, l'on devrait faire courir cette chance au malade, surtout si on est appelé dans de bonnes conditions.

M. Routier. — Guidé par le point douloureux seul, chez un typhique, je fis une laparotomie qui me montra deux perforations que je pus suturer; je laissai le ventre ouvert et malgré cela le malade succomba au dixième jour à deux nouvelles perforations Il y a une différence entre les perforations du début de la fièvre typhoïde et celle de la convalescence. Ces derniers ont été les seuls qui aient fourni des cas de guérison.

M Rochard présente un malade atteint d'*anus contre nature. Résection du cæcum. Suture par le bouton de Murphy.*

M. Hartmann présente une malado ayant eu des *accidents de péritonite généralisée au cours de grossesse. Laparatomie. Salpingite à pédicule tordu. Guérison.* M. B.

Ordre du jour de la Séance du 9 décembre 1896.

Suite de la Discussion sur *la pathogénie de l'appendicite.*

Rapports sur le *traitement de l'anus contre nature d'origine herniaire* (M. Barette), par M. Jalaguier.

Communications.—*Recherches expérimentales et étude critique sur la chirurgie du poumon*, par M. Quénu.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 28 octobre 1896. — Présidence de M. Duclaux.

La Société ayant mis à l'étude la question de l'*alcoolisme*, a chargé M. Laborde, dans une étude d'ensemble, de prendre la parole sur cette question. Après avoir insisté sur le danger national de l'alcoolisme, M. Laborde étudie les causes de cet empoisonnement, c'est-à-dire les alcools, les essences et bouquets. La meilleure analyse consiste à pratiquer, avec ces produits, des expériences physiologiques. C'est ainsi qu'en employant sur des chiens de l'alcool de grain, de betterave et de vin, on peut suivre l'action différente sur les animaux. Si on purifie ces trois alcools, l'action n'est plus la même, les animaux ne présentent plus de phénomènes graves d'intoxication; ils ont des troubles de la motricité, etc., mais n'ont plus d'attaques épileptiformes.

M. Laborde présente à la Société des cobayes auxquels on injecte de l'alcool. On injecte à un cobaye un centimètre cube d'alcool amylique non purifié, à un autre cobaye le même alcool amylique rectifié, et à son troisième de l'alcool éthylique, On voit alors sur les animaux les symptômes varier de gravité avec l'alcool employé. M. Laborde passe en revue les bouquets si dangereux et insiste en particulier sur l'aldéhyde salicylique qui sert à composer les bitter: cet aldéhyde est particulièrement toxique et donne naissance à la véritable attaque épileptique. C'est cet aldéhyde qu'on ajoute aux vins blancs dans le commerce très souvent. Aussi toxiques sont l'essence de noyau, la liqueur de genièvre, etc.

Il est de toute nécessité de rectifier l'alcool, qui est lui-même toxique, et auquel le commerce ajoute des bouquets toxiques. Ce serait déjà un progrès que l'alcool servant de véhicule à ces bouquets soit buvable, rectifié. M. Laborde s'attaque ensuite aux bouilleurs de cru, montre les dangers qu'ils font courir, etc., et termine la conférence par l'exposition des moyens qu'il est possible d'employer dans ces conditions. Il demande le monopole complet dans les mains de l'Etat; c'est là que réside la garantie la plus grande.

La Société nomme une Commission chargée d'étudier les conclusions de M. Laborde: elle se compose de MM. Bergeron, Duclaux, Laborde, Magnan, Brouardel, Proust, Pinard, Cornil, Dron, Vallin, C. Girard, Napias, A. Martin. Martha.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 12 Novembre 1896.

MM. Hallopeau et Bureau font une communication sur un nouveau cas de *folliclis et ses rapports possibles avec la tuberculose.* Cette affection se caractérise par de petits nodules qui siègent dans la profondeur du derme, deviennent saillants, se surmontent d'une vésico-pustule, laquelle se rompt et fait place à une ombilication centrale. Leur siège d'élection est la face dorsale des bras: ils laissent à leur suite des cicatrices. Dans un cas il existait une tuberculose pulmonaire et ganglionnaire et d'autres observations où cette affection coïncidait avec des lésions tuberculeuses ont été signalées. Il y a donc de réelles présomptions en faveur de la nature tuberculeuse de cette dermatose.

M. Gastou fait une communication sur l'*origine myélopathique du pemphigus.*

MM. Gaucher et Gastou présentent deux malades atteints de *maladie de Duhring* et chez lesquels des troubles nerveux font penser qu'il existe dans cette dermatose une lésion initiale du système nerveux.

M. Fournier présente un malade atteint de *gangrène spontanée de la verge.* On pense, pour expliquer la gangrène de la verge, qu'il s'agit d'un microbe provenant de l'urèthre ou du vagin. Or, le malade qui n'a pratiqué aucun coït depuis quatre mois, a l'urèthre sain. On ne trouve chez lui que quelques folliculites des cuisses sur lesquelles on a rencontré un streptocoque indéterminé, et il est possible que le malade en se grattant se le soit inoculé à la verge.

MM. Darier et Chaillou présentent un malade atteint d'*ecthyma térébrant de la verge.*

MM. Tenneson et Leredde présentent un malade atteint d'*acanthosis nigricans.* Pigmentation brunâtre avec papillomatose de différentes parties du corps. Prurit accusé; troubles digestifs accompagnés d'une induration au niveau du foie, fait à rapprocher des cas jusqu'ici signalés d'acanthosis accompagnant des cancers viscéraux.

MM. Dubrisay et Thibierge présentent un enfant de vingt mois, atteint depuis les premiers jours de sa vie d'*urticaire pigmentée*.

M. Danlos présente un malade atteint d'*arthropathies syphilitiques*. Syphilitique depuis douze ans : syphilis maligne ayant frappé la peau, le système osseux, les articulations. Une première poussée d'arthropathies a revêtu l'aspect d'un rhumatisme polyarticulaire subaigu ; un deuxième a pris comme la poussée actuelle les caractères d'une arthrite déformante et a guéri par le traitement spécifique. Aujourd'hui, les coudes et le genou droit sont pris. De la forme exceptionnelle du rhumatisme chronique qui affecte les grandes articulations, les lésions actuelles se distinguent par le caractère de la tuméfaction osseuse (limitation à une partie de l'article et extension jusque sur la diaphyse) par l'absence de douleurs au repos et la rapidité d'évolution.

MM. Hallopeau et Bureau présentent un cas typique de *lichen scrofulosorum*.

M. Vérité relate un cas d'*intoxication arsenicale* chez un enfant à qui l'on faisait des irrigations nasales avec une eau arsenicale naturelle. L'eau était avalée en partie et la quantité d'arseniate de soude ainsi absorbée peut être évaluée à 0 gr. 04.

M. Du Castel présente un enfant atteint de malformations diverses et présentant des papules ulcérées qui font penser à la syphilis ou à l'*érythème syphiloïde*.

M. Gaucher présente un *nouveau collodion* composé de collodion à l'acétone, deux parties, et huile de cade, une partie. Ce collodion a été employé avec succès dans le psoriasis, le lichen, l'eczéma lichénoïde : il n'a pas les inconvénients de l'huile de cade. R.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du jeudi 12 novembre 1896.

Des indications des tiges intra-utérines.

M. Pichevin. — Mueller (1803), Osiander (1808), Amussat (1826), Velpeau (1830), Simpson (1843), Valleix et Kiwich, à peu près à la même époque, se sont servis de pessaires intra-utérins. L'on en a construit de toute dimension, de toute forme ; l'on s'est servi du caoutchouc, de l'acier, de l'ivoire, de métaux divers. Dans la majorité des cas, on a appliqué ces instruments pour remédier à la dysménorrhée et à la stérilité accompagnées d'antéflexion. Mais il est difficile de fixer le degré d'antéflexion normale. Au-dessous de 135°, l'angle n'est pas physiologique, d'après Wylie. Fritsch a baissé ce chiffre à 90° et Schultze à 48°. De plus, l'angle de flexion peut être très aigu, sans qu'il y ait aucun symptôme. Il ne faut donc pas identifier la situation non physiologique, anormale, de l'utérus, avec l'état morbide. Pourquoi des flexions peu marquées sont-elles accompagnées de dysménorrhée et de stérilité ? C'est que dans la dysménorrhée, l'élément douleur est sous la dépendance de l'endométrite, surtout, et accessoirement d'un état phlegmasique des organes et des tissus situés autour de l'utérus. Quant à la stérilité, ses causes sont multiples et variables (aplasie des organes génitaux, etc.) ; mais souvent elle est due, non pas tant à la flexion qu'à l'endométrite (chute de l'épithélium vibratile, qui est remplacé par l'épithélium plat, lésions glandulaires, altérations des sécrétions utérines, etc.). Dans le traitement, l'*acte fondamental* doit avoir, pour objectif, la modification à imprimer aux tissus utérins ; l'acte *complémentaire* aura pour but de maintenir le redressement utérin. Il y aura donc lieu de faire une thérapeutique intra-utérine, d'assurer la rénovation de la muqueuse, de pratiquer ici une stomatoplastie, là une amputation du col. D'autre part, on s'opposera aux troubles de canalisation, à l'aide des tiges.

Indications. Rétrécissements cicatriciels du canal cervico-utérin : stérilité et dysménorrhée avec orifice interne douloureux et antéflexion marquée. *Contre-indications.* Dysménorrhée avec canal utérin normal ; métrite aiguë ou subaiguë et paramétrite ; inflammation annexielle récente, enfin grossesse. On obtiendra des succès, si l'on n'oublie pas certains préceptes : 1° ne jamais les employer en cas d'endométrite aiguë ou subaiguë, ou d'inflammation récente péri-utérine ; 2° la tige doit être plus courte que la cavité utérine et ne pas dépasser l'orifice externe ; 3° ne se servir que d'instruments aseptiques, lisses, sans ressorts, se fixant au col ; 4° mettre la tige au domicile de la malade et après anesthésie ; 5° repos au lit et éviter tout effort pendant quelques jours ; 6° surveiller la malade qui porte une tige intra-utérine, car, comme Goodel l'écrivait avec humour : « Ces instruments sont bons, très bons... à être surveillés. »

M. Charpentier fait remarquer qu'en dehors des affections utérines la stérilité est due cinq fois sur dix à ce fait que certaines femmes ne conservent pas dans le vagin le liquide fécondant qui y a été déposé. On peut, dans ce cas, conseiller l'emploi d'un petit tampon d'ouate introduit à l'entrée du vagin aussitôt après le coït. Il a employé avec beaucoup de succès les tiges intra-utérines.

Angio-sclérose et métrorrhagies rebelles.

M. Paul Petit. — La pathogénie des métrorrhagies n'est pas encore complètement élucidée. Pendant longtemps, on ne s'est attaché qu'aux lésions de la muqueuse, et depuis peu on commence à entrevoir les lésions du parenchyme. Dans un cas où l'auteur dut faire une hystérectomie, après avoir essayé en vain plusieurs curettages, on trouva à l'examen histologique : 1° du côté de la muqueuse, prolifération accentuée des glandes dont l'épithélium est d'aspect normal ; ectasies capillaires et suffusions hémorrhagiques exactement limitées aux couches les plus superficielles ; 2° du côté des muscles, boyaux glandulaires très profonds, sclérose avec raréfaction très accentuée du tissu musculaire, oblitération ou rétrécissement des lumières vasculaires ; 3° atrophie scléreuse des trompes ; 4° sclérose moins avancée des ovaires.

Tumeur cæcale prise pour une annexite droite.

M. le Dr Delassus (de Lille). — Chez une femme, qui souffrait du ventre depuis un certain temps, et chez laquelle on sentait dans le cul-de-sac droit une tumeur mobile, grosse comme un œuf, douloureuse, simulant une salpingite avec mauvais état général et constipation opiniâtre, on trouva au cours de la laparotomie un néoplasme du cæcum qu'il fut impossible d'opérer. La malade mourut quelques mois plus tard. Le passé gynécologique de cette femme, qui avait quelques mois auparavant subi un curettage pour métrite, la latéralité de la lésion, sa sensibilité, son évolution lente avec le cortège du syndrome utérin, tout confirmait le diagnostic de collection tubaire, qui avait été porté par les différents médecins qui avaient examiné la malade.

De l'histothérapie appliquée aux maladies et aux troubles fonctionnels du système génital féminin, et particulièrement de la médication par le tissu ovarien.

M. Jouin. — La médication thyroïdienne dans les affections utérines a été étudiée et exposée d'abord par le Dr Jouin, ensuite par le Dr Hertogh (d'Anvers). La médication ovarienne, indiquée par Brown-Séquard, a été, depuis lors, l'objet de nombreux travaux, et particulièrement d'une thèse de Lissac, de mémoires de Jayle et de Touvenaint. La médication par le suc ovarien convient aux états caractérisés à la fois par l'insuffisance du fonctionnement ovarien et par l'exagération du travail de la thyroïde ou simplement par l'un des deux éléments, comme on en observe par exemple après la castration, au moment de la ménopause, et dans certains cas d'atrophie génitale acquise ou spontanée. La médication thyroïdienne convient, au contraire, aux états dus à l'hypothyroïdation ou à l'exagération des fonctions ovariennes ou à ces deux causes réunies. Les hémorrhagies utérines, par exemple, et les fibromes relèvent de cette médication. Elle est bien réellement efficace, car elle supprime parfois les règles chez les femmes obèses. L'auteur a même vu la suppression brusque des règles et une hématocèle péri-utérine suivre l'emploi inconsidéré de tablettes administrées à doses massives et au moment d'une hémorrhagie. Aussi en déconseille-t-il absolument l'usage pendant la menstruation.

Monument Dr Sauria. — Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 27 novembre, a voté une somme de 150 fr. comme souscription au monument qui va être prochainement élevé à la mémoire du Dr Charles Sauria, sur le territoire de St-Lothain (Jura).

CORRESPONDANCE

La Parole en Miroir.

Montpellier, le 30 novembre 1896.

A M. le Dr Marcel Baudouin,

Bien cher confrère,

Dans le dernier numéro du *Progrès médical*, vous avez très heureusement attiré l'attention des Neurologistes sur ce que vous appelez, justement, la *parole en miroir*. J'ai observé, il y a plus de dix ans, à Lunel, avec mon confrère, le Dr Paul Rouet, une dame atteinte d'*hysteria major*, qui présentait le même symptôme. Seulement, au lieu d'opérer le renversement *syllabique*, comme la malade de M. Doyen, elle opérait, dans chaque mot, le renversement *littéral*. Nous eûmes, le premier jour, quelque peine à comprendre, quand nous l'entendions dire notamment : *luap teuor*. Cela voulait dire *Paul Rouet* (le nom de son médecin habituel). Cette habitude continua je ne sais quel temps, n'ayant pas gardé de notes sur son compte. Depuis lors la malade est devenue aliénée ; je crois qu'elle vit encore dans un asile ; mais je l'ai perdue de vue. On voit que si ce symptôme est bien de la parole en miroir, comme chez votre malade, il en diffère en ce que le renversement est littéral, au lieu d'être syllabique et en ce que les mots, ainsi renversés dans leurs lettres, gardaient leur place dans la phrase, tandis que dans votre cas les mots sont eux-mêmes renversés dans la phrase. Ma malade faisait du reste ce renversement de lettres avec une prestesse et une justesse qui nous stupéfiaient. Il m'a semblé que ce petit fait inédit méritait d'être rapproché du votre, dont il étend le cadre en donnant une variété différente du même symptôme. Il est probable que les faits vont se multiplier, maintenant que l'attention a été attirée.

Veuillez agréer, bien cher confrère, la nouvelle assurance de mon plus affectueux dévouement. Dr GRASSET.

Le *Progrès médical* remercie vivement M. le Pr Grasset de son intéressante communication et sera heureux d'insérer tous les documents qu'on voudra bien lui adresser sur cette question nouvelle. M. B.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Gynécologie clinique opératoire; par S. POZZI. — 3e édit., Paris, Masson et Ce, 1895.

M. Pozzi vient de faire paraitre la troisième édition de son Traité de Gynécologie. Inutile de dire qu'elle a été soumise à une revision sérieuse et qu'elle est pourvue de nombreuses additions. Tous ceux que les maladies de femmes intéressent — et ils sont légion, non compris les dames ! — doivent donc adjoindre dans leur bibliothèque aux éditions antérieures ce splendide volume, déjà traduit en quatre langues, et qui le sera bientôt en une cinquième, l'alliance franco-russe aidant.

Parmi les chapitres remaniés, nous citerons ceux qui ont trait à l'asepsie, à l'hystérectomie vaginale et abdominale (ces derniers sont un peu trop écoutés), aux suppurations pelviennes, aux rétrodéviations utérines. Il n'y a rien à dire pour ces derniers; c'est presque parfait.

Dans sa nouvelle préface, M. Pozzi trouve très curieux qu'il manque encore à la Faculté de Médecine de Paris l'enseignement gynécologique, qui existe dans toutes les Universités étrangères. Pour nous, nous n'en sommes nullement étonné. Il y a longtemps que nous savons, en effet, que Paris tient surtout à ne pas imiter l'Amérique; cela ne serait pas digne de la France... C'est M. le Directeur général de l'Exposition de 1900 qui l'a dit publiquement, car il a le courage de ses opinions et... de celles des mandarins. Aussi se gardera-t-on bien d'imiter ce qui se fait à Chicago ou à Berlin. Nous en sommes profondément marri, tout particulièrement pour notre cher maître et ami, M. Pozzi. Mais nous ne pouvons même pas lui donner la moindre espérance, la plus petite fiche de consolation, quoique nous dirigions la première maison de Fiches qui existe dans le monde entier ! Et l'on affirme que la Presse est à craindre ! !

Marcel BAUDOUIN.

VARIA

Ecole odontotechnique.

Mardi 17 novembre a eu lieu, 3, rue de l'Abbaye, au siège de l'Association, la séance d'ouverture de l'Ecole odontotechnique, sous la présidence de M. le Pr Tillaux, assisté de MM. Duconneau, président du conseil d'administration, Damain, directeur, Vizioz, sous-directeur, les Drs Mora, Viron, Rousseau, Rovillain, Queudot, etc., etc.

Après deux discours de MM. Duconneau et Damain, M. Anjubeau a très spirituellement exposé le rôle et l'utilité de la prothèse; puis M. le Pr Tillaux, après avoir souhaité la bienvenue aux personnes présentes et remercié le conseil de l'Ecole d'avoir bien voulu le choisir comme président, s'est exprimé en excellents termes sur l'état actuel des examens de dentiste.

Nous reproduisons avec plaisir la dernière partie de son discours, qui donne la véritable marche à suivre pour l'avenir :

« Permettez-moi toutefois de vous soumettre quelques réflexions sur le présent. Vous avez, Messieurs les élèves, à subir devant la Faculté de Médecine des examens théoriques et un examen pratique. Plusieurs fois, j'ai été juge de ces examens et je n'ai pas toujours été satisfait de la manière dont ils étaient dirigés. Il est de toute évidence que vous devez connaître à fond l'anatomie et la pathologie de la cavité buccale et aussi de tout ce qui l'entoure immédiatement, telles les glandes salivaires, les ganglions lymphatiques. La connaissance même de certains nerfs craniens ne serait pas inutile. Il est indispensable, en outre, que vous possédiez des notions suffisantes sur la digestion, la respiration, la circulation. Mais, en vérité, pour être dentiste de premier ordre, est-il nécessaire de savoir l'anatomie du pied ou les rapports du foie ?

« Il serait donc désirable que vos examinateurs se bornassent à vous interroger sur les sujets afférents à votre profession, et je reconnais qu'il n'en est pas toujours ainsi. Quant à moi, je vous promets de m'employer à faire partager ces idées à mes collègues de la Faculté. Il y aurait peut-être mieux à faire.

« Tant qu'on n'exigera de vous qu'une instruction spéciale, restreinte, en rapport avec l'exercice de votre art ; tant que vous ne serez pas assimilés aux élèves en médecine, et j'ai la conviction que cette assimilation se fera plus tard, ne serait-il pas bon, pour le présent, que la Faculté dressât un programme aussi étendu qu'elle le jugerait convenable, mais enfin un programme défini, qui maintiendrait les examinateurs dans un certain ordre de questions et éviterait aux candidats de fâcheuses surprises. Si cette idée agréait à vos professeurs, je me chargerais volontiers d'en saisir le Conseil de la Faculté, après en avoir conféré avec le Doyen.

« Je voudrais aussi vous dire un mot de l'examen pratique et clinique. Plusieurs fois, j'ai eu l'honneur d'être président du jury de cet examen. La première fois, il avait lieu dans la salle même où nous sommes. Eh ! bien, je le déclare, je fus frappé de la manière très sérieuse, très concluante, dont cet examen s'était passé, et j'ai le souvenir d'avoir fait part de mon impression à mes collègues, qui, d'ailleurs, partageaient mon avis.

« Depuis lors, j'ai assisté à ce même examen subi dans les hôpitaux, et, je dois le dire, mon impression a été moins favorable. Je suis sans doute un profane dans la question ; mais il m'a semblé que, pour un examen pratique, la prothèse ne jouait pas un rôle suffisant.

« Je comprends fort bien qu'un dentiste très occupé comme vous le serez certainement plus tard, Messieurs les élèves, ne puisse construire lui-même les appareils prothétiques ; mais, pour en saisir les indications, les appliquer convenablement, les modifier au besoin ne doit il pas être capable de les fabriquer lui-même ? Il ignore sans cela la moitié de son art et j'ai ouï-dire que ce n'est pas la plus négligeable à tous égards; il se trouve à la merci d'un mécanicien, grave préjudice porté à son autorité. Il y aurait peut-être aussi d'utiles réformes à apporter dans l'organisation de l'examen pratique. Voulez-vous, Messieurs les élèves, me permettre, pour finir de vous donner un conseil.

« Dernièrement, une dame, de celles que nous appelons une bonne cliente sortant de chez un dentiste très en renom, me disait : « Je n'y retournerai plus, il ne se lave pas les mains ! »

« C'est que les temps sont bien changés. Aujourd'hui les gens du monde connaissent l'antisepsie et l'asepsie ; ils exigent que le praticien soit propre, se serve d'instruments propres, et ils ont bien raison. Vos maîtres, pénétrés comme moi de ces idées, ne cessent de vous les inculquer. Souvenez-vous en toujours, Messieurs, car vous trouverez dans la pratique minutieuse de l'asepsie, non seulement votre propre intérêt, mais aussi et surtout, celui des malades qui vous sont confiés. »

Ces paroles du maître, écoutées avec recueillement, ont été vigoureusement applaudies. Il a été ensuite procédé à la proclamation des lauréats, parmi lesquels nous citerons MM. Carrel et Lasnier (1re *année*); M. Simonne (2e *année*); M. Gruber (3e *année*). Les élèves qui ont obtenu le diplôme sont MM. Astié, Blakie, Gruber, Leguay et Verdier. Notons en passant que, parmi les élèves suivant les cours, on compte une douzaine de femmes dont quatre nouvelles cette année.

Un lunch a terminé cette cérémonie, où professeurs et élèves ont bu aux succès passés et à la prospérité de l'Ecole.

Albin R.

La Révocation d'un Médecin des Enfants-Assistés de Paris.

Le Conseil général a consacré une séance à la discussion, soulevée par MM. Patenne et Dubois au sujet de la révocation d'un médecin des Enfants-Assistés, et qui s'est terminée par un blâme infligé à l'administration. C'est M. Dubois qui interpellait le préfet de la Seine. Il a dit que M. Cambillard, médecin des Enfants-Assistés du département de l'Yonne, fut brutalement et sommairement révoqué au mois de juillet dernier, bien que, peu de temps auparavant, le Directeur de l'Assistance publique eût honoré d'une récompense ses longs et dévoués services. C'est à des haines et à des rancunes politiques soulevées pendant la dernière période électorale municipale, qu'il faut attribuer cette injustifiable mesure. M. Dubois conclut en déposant l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil général, considérant que le Dr Cambillard, ancien médecin des enfants assistés de la Seine dans le département de l'Yonne, a toujours rempli son devoir; que la révocation dont il a été victime constitue un acte inqualifiable d'arbitraire politique; blâme le préfet de la Seine, qui a signé la révocation du Dr Cambillard, et le directeur de l'Assistance publique, qui a laissé accomplir cette mauvaise action, alors qu'il connaissait les mérites et le dévouement de ce médecin, livre à l'appréciation du pays républicain les procédés du gouvernement, et émet le vœu qu'une réparation immédiate soit accordée au Dr Cambillard. »

Après un violent débat au cours duquel M. Peyron a déclaré que les médecins de l'Assistance publique doivent réunir une double condition, à savoir : la garantie professionnelle et le républicanisme avéré, M. Paul Strauss à fait approuver, par 62 voix contre une, l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil général, considérant que le Dr Cambillard, médecin du service des Enfants-Assistés, a toujours rempli son devoir avec intelligence et dévouement, proteste énergiquement contre la révocation arbitraire du Dr Cambillard, exclusivement inspirée par des intérêts électoraux, blâme ces procédés administratifs, et invite le directeur de l'Assistance publique à accorder au Dr Cambillard la réparation qui lui est due. »

Malgré ce vote, M. Dubois a maintenu son ordre du jour, qui a été également adopté.

L'Affaire du Médecin homéopathe Volbeding.

A plusieurs reprises on a parlé des hauts faits du médecin homéopathe Volbeding, qui, après une longue instruction, vient de comparaître devant le tribunal correctionnel de Dusseldorf (Prusse rhénane), sous la prévention d'escroqueries, d'homicide par imprudence et de corruption de fonctionnaires. Le prévenu inaugura sa lucrative carrière, en insérant ses alléchantes annonces dans plus de six cents journaux d'Allemagne et de l'étranger ; on évalue à 160,000 marcs par an ses frais de réclame.

Volbeding traitait ses malades par correspondance; pour répondre aux centaines de lettres qui lui parvenaient chaque jour, il avait organisé un véritable bureau dont les employés, sans aucune connaissance médicale, rédigeaient des ordonnances en son absence. Une drogue, baptisée *Unispi*, des gouttes, des teintures et des poudres, tout cela fabriqué dans un laboratoire par des individus n'ayant aucune idée de pharmacologie, « guérissaient » la toux, le lymphatisme, les maladies de l'estomac, etc. Selon la situation sociale des clients, Volbeding et ses acolytes déterminaient les honoraires. Le prévenu avait obtenu l'autorisation de préparer ses médicaments pour ne pas être surpris par les revisions officielles; il avait installé une pharmacie modèle, qui servait de paravent aux manipulations qui se passaient dans l'arrière-boutique. M. le médecin inspecteur, M. le Dr Flaten, ne fut pas dupe de ce stratagème ; avec l'aide de la police, il fit une perquisition minutieuse et découvrit le pot aux roses; l'arrestation de Volbeding fut décidée et ce n'est que tout récemment, contre une caution de 200,000 marcs, qu'il a été mis en liberté. Ce médecin extraordinaire a été condamné à quatre ans et un mois de prison, à 3,000 marcs d'amende, et à cinq ans d'interdiction de ses droits civils. Depuis sa condamnation, Volbeding a été maintenu en prison, bien qu'il eût déposé une somme de 200,000 marcs pour obtenir sa mise en liberté provisoire. Malheureusement pour lui, le fisc prussien est intervenu et a confisqué la somme, alléguant que le charlatan avait commis des fraudes en ce qui concerne le payement de la taxe sur le revenu.

Des noms propres en anatomie.

Nous avions déjà protesté contre la manie, qui tend à nous envahir de plus en plus, de donner aux organes ou aux maladies le noms des médecins qui les ont particulièrement étudiés. Le Pr Trolard proteste non sans ironie. Voici d'après une nomenclature tout à fait fin de siècle quelle sera, dans l'avenir, la description du vulgaire biceps brachial par le candidat d'un de nos concours :

Le muscle de Kleffmann, désigné par les anciens anatomistes sous le nom de biceps brachial, répondra-t-il avec un air dédaigneux (avec un air qui veut dire, attrape ça, toi, mon vieux) est situé dans l'espace de Cascow. A son extrémité polaire, il est muni de deux tendons d'insertion : l'un, le tendon de Fouillini, s'attache en haut de la cavité de Trombscok ; le second, le tendon Mistalievichyt, au sommet de l'apophyse de Truckmann. A son extrémité sub-polaire se trouve le tendon de Barackus, qui va s'attacher à la tubérosité de Tranpmann. Ce tendon est muni de l'expansion de Wolberg. Le muscle de Klefmann est innervé par le nerf d'Apelli, qui vient du tronc de Paugesmaco, etc., etc. (*Montpellier médical*, p. 820. »

Nous nous associons complètement, comme nous l'avons déjà fait précédemment, aux protestations de M. le Dr Trolard et du *Montpellier médical*. Si on comprend très bien les expressions *mal vertébral de Pott*, la généralité des expressions : maladie de X, maladie de Y, sans autre désignation, constitue un exercice de mémoire qu'on pourrait supprimer, d'autant plus que l'X ou l'Y varie quelquefois avec les pays.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 7. — 2e *de Doctorat* (2e *partie* : MM. Ch. Richet, Retterer, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Marchand, Ricard, Varnier. — 2e de Chirurgien-dentiste : MM. Potain, Sébileau, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Tillaux, Lejars, Tuffier. — (2e *série*) : MM. Terrier, Humbert, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Letulle, Widal.

MARDI 8. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Le Dentu, Maygrier, Hartmann. — (2e *série*) : MM. Guyon, Pozzi, Bar. — 2e de Chirurgien-dentiste : MM. Quénu, Chantemesse, Chassevant. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). Charité. (1re *série*) : MM. Laboulbène, Raymond, Achard. — (2e *série*) : MM. Proust, Debove, Ménétrier.

MERCREDI 9. — Médecine opératoire : MM. Terrier, Poirier, Sébileau. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Ricard, Retterer, Walther. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Peyrot, Tuffier, Varnier. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Joffroy, Wurtz.

JEUDI 10. — Médecine opératoire : MM. Le Dentu, Pozzi, Nélaton. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet, Thiéry. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Marfan. — 2e de Chirurgien-dentiste : MM. Quénu, Gilbert, Charrin.

VENDREDI 11. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Retterer, Gilles de la Tourette.. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Pitié. (1re *série*) : MM. Marchand, Humbert, Broca. — (2e *série*) : MM. Peyrot, Delbet, Walther. — (2e *partie*) : MM. Straus, Chauffard, Gaucher. — (1re *partie*). Obstétrique. (Clin. Baudelocque) : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 12. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Gley, Thiéry. — 2e de Chirurgien-dentiste : MM. Quénu, Marie, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Necker: MM. Berger, Nélaton, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Laboulbène, Cornil, Marfan. — (2e *série*) : MM. Joffroy, Raymond, Achard. — (1re *partie*). Obstétrique. Clin. d'accouch., rue d'Assas : MM. Tarnier, Bar, Maygrier.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 9. — M. Rouger. De la rougeole ecchymotique. — M. Herbert. Pathogénie des pleurésies traumatiques non purulentes. — M. Mendy. De la valeur comparée de l'expectation armée

et de la laparotomie dans les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval. — M. Carrière. Contribution à l'étude des causes de l'incapacité maternelle.

JEUDI 10. — M. Pauchet. Hystérectomie vaginale et laparotomie, pour lésions des annexes de l'utérus. Résultats éloignés et comparés. — M. David. Contribution à l'étude des accouchements prématurés artificiels. — M. Turot. De l'antisepsie préopératoire de la conjonctive. — M. Chevallier. Contribution à l'étude de la sérothérapie antidiphtérique dans le département de la Somme. — M. Conturie. Sur l'hystérie chez les jeunes enfants. — M. Argétoyano. Contribution à l'étude des névrites dans l'intoxication sulfo-carbonée.

Enseignement médical libre.

Technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Broca, a recommencé son cours de technique microscopique, avec exercices de diagnostic et manipulations pratiques, le 19 novembre, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses histologiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez M. le Dr Latteux, 9, rue Marsollier (quartier de l'Opéra), de 1 h. à 2 h.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles. — M. le Dr BARATOUX a repris son cours public et gratuit d'exercices pratiques sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles à sa clinique, 33, rue Saint-André-des-Arts, le mardi 1er décembre, à 4 heures, il le continue les samedis et mardi suivants à la même heure.

Maladies des yeux. — M. le Dr VIGNES commencera à sa clinique, 18, rue Dauphine, ses conférences ophtalmologiques, le mardi 8 décembre, à 2 heures, et les continuera les mardis et samedis de chaque semaine.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 22 nov. au samedi 28 nov. 1896, les naissances ont été au nombre de 1.082, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 373; illégitimes, 173, Total, 546. — *Sexe féminin* : légitimes, 386; illégitimes, 150. Total, 536.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 22 nov. au samedi 28 nov. 1896, les décès ont été au nombre de 891, savoir : 476 hommes et 415 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 3, T. 4. — Typhus: M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 2, T. 2. — Rougeole : M. 3, F. 0, T. 3. — Scarlatine: M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 2, F. 8, T. 10. — Diphtérie, Croup : M. 2, F. 3, T. 5. — Grippe : M. 1, F. 3, T. 4. — Phtisie pulmonaire : M. 113, F. 54, T. 167. — Méningite tuberculeuse : M. 14, F. 9, T. 23. — Autres tuberculoses : M. 20, F. 9, T. 29. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 17, F. 27, T. 44. — Méningite simple : M. 13, F. 8, T. 21. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 29, F. 26, T. 55, — Paralysie, M. 8, F. 2, T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 5, T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 27, F. 39, T. 66. — Bronchite aiguë : M. 13, F. 9, T. 22. — Bronchite chronique : M. 8, F. 12, T. 20. — Broncho-pneumonie : M. 21, F. 15, T. 36. — Pneumonie : M. 13, F. 19, T. 32. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 27, F. 37, T. 64 — Gastro-entérite, biberon : M. 7, F. 5, T. 12. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 2, T. 5. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 3, T. 4. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 4, T. 4. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 11, F. 9, T. 20. — Sénilité : M. 12, F. 20, T. 32. — Suicides : M. 8, F. 3, T. 11. — Autres morts violentes : M. 10, F. 4, T. 14. — Autres causes de mort : M. 84, F. 64, T. 148. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 2, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 98, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 33, illégitimes, 21. Total : 54. — *Sexe féminin* : légitimes, 25, illégitimes, 19. Total : 44.

UNIVERSITÉ DE CLERMONT-FERRAND. — *Inauguration.* — Cette semaine a eu lieu l'inauguration de l'Université de Clermont-Ferrand en grande solennité. Les corps constitués, les autorités, les fonctionnaires assistaient à la séance. Le Recteur a, dans son discours, retracé l'histoire des Universités, et il a exprimé le souhait de voir créer prochainement la Faculté de droit demandée à Clermont. M. des Essarts, doyen, a lu une poésie composée par lui pour la circonstance. Un banquet a réuni, avec les principales autorités civiles et militaires, les membres de l'enseignement et les élèves.

UNIVERSITÉ DE NANCY. — *Inauguration.* — A l'occasion de l'inauguration de l'Université nancéienne, les professeurs ont offert un punch aux étudiants réunis dans le grand salon de réception de l'hôtel de ville.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Garçons de Laboratoires.* — Récemment, à la Chambre des Députés, lors de la discussion du budget de 1897, M. Pétrot a demandé qu'on augmentât le traitement des garçons de laboratoire de la Faculté de Médecine de Paris ; mais le chiffre proposé de 55.000 francs ayant paru un peu exagéré, on a admis celui de 5.000 francs à titre d'indication. M. Pétrot s'est déclaré satisfait et a retiré son amendement.

Cours de Chirurgie. — M. le Pr Lannelongue est autorisé à se faire suppléer pendant le semestre d'hiver, dans son cours de pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine, par M. le Dr Ricard, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Clinique chirurgicale de la Charité. — M. le Pr TILLAUX a commencé son cours de clinique chirurgicale le vendredi 4 décembre 1896, à 9 heures du matin ; il le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Lundi et vendredi, à cinq heures un quart, exercices cliniques sous la direction du Dr Souligoux, chef de clinique. Lundi et jeudi, à 4 heures. démonstrations d'anatomie pathologique par M. le Dr Pilliet.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. HELD, professeur de pharmacie à l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Nancy, est nommé professeur de chimie à ladite Ecole.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT. — M. LEPETIT, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1896-1897, d'un cours d'histologie.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS. — Un congé, pour l'année scolaire 1896-1897, est accordé à M. Poisson, professeur de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire. — M. MALAPERT, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1896-1897, d'un cours de pathologie chirurgicale.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE RENNES. — M. FOLLET, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1896-1897, d'un cours d'anatomie pathologique.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CAEN. — M. OSMONT (Maurice-René), docteur en médecine, est institué pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE DIJON. — M. VINCENT (Jules-Emile-Olivier), pharmacien de 1re classe, licenciés ès sciences physiques, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE NANTES. — Notre excellent camarade, M. le Dr CITERNE, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle. — Nous lui adressons toutes nos félicitations. M. B.

ECOLE DE MÉDECINE DU VAL-DE-GRACE. — Les membres du jury du concours, pour deux places de professeur agrégé (médecine opératoire, anatomie), qui s'est ouvert le lundi 16 novembre au Val-de-Grâce, étaient M. le médecin inspecteur général Dujardin-Beaumetz, président; MM. les médecins principaux de première classe Robert, Delorme et Gentil ; M. le médecin principal de deuxième classe Bar et M. le médecin-major de première classe Mignon. — Les candidats au nombre de neuf étaient MM. Ecot, Fargin, Hassler, Huguet, Loison, Marcus, F. Mitry, Rioblanc et Sieur. — Le sujet de la composition écrite a été *de la péritonite traumatique.* — Ont été déclarés admissibles : MM. Ecot, Hassler, Huguet, Loison, Marcus, Rioblanc et Sieur.

MÉDECINS DES LYCÉES. — M. le Dr Angot est nommé médecin adjoint au lycée de Laval (emploi vacant).

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES A MADAGASCAR. — *Conflit avec le service de Santé de la Marine.* — Le conflit entre les ministères de la marine et des colonies, au sujet de l'organisation du service médical à Madagascar, est plus aigu que jamais. On sait que le Ministère de la guerre avait réglé les attributions respectives des médecins de l'armée de terre, de la marine et des colonies par une instruction spéciale en date du 26 août 1896, dont le général Gallieni avait eu à s'assurer l'exécution,

comme commandant supérieur des troupes à Madagascar. Depuis lors, il a été placé sous les ordres directs du Ministère des colonies et a assumé tous les pouvoirs civils et militaires. On n'a pas tardé à s'apercevoir que le service médical de l'armée ne pouvait être assuré normalement que s'il y avait unité de direction. On a télégraphié dans ce sens au Ministre des Colonies, qui a facilement obtenu du Ministre de la Guerre l'abrogation des dispositions contraires de l'instruction du 26 août. Mais le Ministre de la Marine résiste et persiste à exiger que les médecins dépendant de de son département restent indépendants de l'autorité du médecin des colonies. Or, celui-ci, M. Clavel, a le grade de médecin en chef de deuxième classe, tandis que le plus élevé en grade des médecins de la marine, M. Couteaud, n'a que le grade de médecin principal. Le Ministre des Colonies a dû télégraphier au général Gallieni de passer outre et de confier à M. Clavel la direction complète du service de santé.

Hopitaux de Paris. — *Mutations.* — M. A. Marchand est désigné pour Boucicaut. — Par suite des décès de MM. Desprès et Nicaise, les mutations suivantes ont lieu dans les services de *chirurgie des hôpitaux* de Paris. M. Reclus passe de la Pitié à Laënnec; M. Campenon, de Broussais à la Charité; M. Tuffier, de la Maison de santé à la Pitié; Michaux, d'Ivry à Broussais; M. Chaput, de Bicêtre à la Maison de santé; M. Ricard, du Bureau central à Bicêtre; M. Poirier, du Bureau central à Ivry. — M. Auvard est désigné pour Boucicaut. Par suite de la création des Maternités de Saint-Antoine et de l'Hôtel-Dieu, les mutations suivantes ont lieu dans le service des *accouchements* des hôpitaux de Paris : M. Bar passe de Saint-Louis à Saint-Antoine ; M. Champetier de Ribes, de Tenon à l'Hôtel-Dieu; M. Bonnaire, du Bureau central à Saint-Louis; M. Boissard, du Bureau central à Tenon.

Concours de l'Externat. — Questions posées.— Anatomie : *Configuration extérieure et rapports des poumons. Muscle psoas-iliaque. Muscles péroniers latéraux. Description macroscopique et rapports de l'œsophage. Muscles de la région sus-hyoïdienne. Veines jugulaires. Tiers supérieur du fémur. Artère poplitée et ses branches. Description macroscopique de l'utérus en dehors de la grossesse. Artères de la main. Muscle grand oblique de l'abdomen* — Pathologie : *Signes et complications de la blennorrhagie chez l'homme. Des foyers d'auscultation dans les maladies du cœur et la signification des souffles qu'on y perçoit. Différents modes de traitement des fractures des jambes. Désinfection des mains de l'opérateur et du champ opératoire. Complication du rhumatisme articulaire aigu. De la signification clinique des différents râles dans les les maladies des bronches et des poumons. Avec quoi peut-on confondre l'Ascite? Signes de la syphilis. Des renseignements donnés par la palpation et la percussion sur les maladies de la plèvre et du poumon. Signes de la cirrhose atrophique de Laënnec. Signes et diagnostic du cancer de la langue. Signes et diagnostic du cancer de l'estomac. Complications de la rougeole. Symptômes et diagnostic de l'angine diphtérique.*

Nécrologie. — On annonce la mort, à Nice, où il s'était retiré depuis quelque temps, de M. le Dr Déclat, auteur de nombreux travaux sur les méthodes antiseptiques et notamment sur le traitement par l'acide phénique des maladies infectieuses. La physionomie de M. Déclat était fort connue du Tout-Paris, où ce praticien exerça pendant de longues années. — M. le Dr Gustave Carton (de Wyngene). — M. le Dr Denneuse (de Wandre). — La *Gazette des Hôpitaux* annonce la mort du Dr Chrysaphis (de Corfou), que l'on voyait depuis quarante ans dans les hôpitaux de Paris, à la recherche de tous les cas intéressants des maladies du système nerveux et de l'appareil locomoteur. Comme Duchenne (de Boulogne) dont il avait été le disciple il appliqua souvent avec succès les facultés d'analyse de son esprit investigateur à la détermination des troubles de la locomotion et de la sensibilité. Ses obsèques ont eu lieu mercredi dernier à l'église grecque de la rue Daru. — Le célèbre médecin anglais sir Benjamin Ward Richardson, qui appartenait à un grand nombre de sociétés savantes et qui était notamment, membre honoraire de la Société d'hygiène de France, a succombé la semaine dernière en sa résidence londonienne de Manchester square, à une courte maladie. Il était âgé de soixante-huit ans. Richardson était l'un des auteurs des recherches sur les germes morbiques des maladies contagieuses, qui furent commencées en 1865 et abandonnées à la découverte de la septine; il étudia les propriétés anesthésiantes de l'éther et du méthylène bichloré; appliqua, l'un des premiers, la nitrite d'amyle à la guérison ou au soulagement du tétanos ; se préoccupa des effets de l'électricité sur la vie animale et des moyens de tuer les bêtes sans souffrances ; c'est lui qui inventa la fameuse *lethal chamber* de Londres, où l'on met à mort chaque année des milliers de chiens, de chats et de chevaux. Un de ses ouvrages les plus connus est l'essai qu'il institula *Hygeia* et soumit en 1875 au congrès des sciences sociales à Brighton ; il y exposait la conception d'une « Cité modèle de la santé ». Richardson dirigea plusieurs publications médicales importantes, telles que le *Journal of public Health*, la Social Science Review, et surtout l'*Asclepiad* trimestriel où il résuma ses recherches sur les maladies considérées comme effets de la civilisation moderne. Il publia aussi un ouvrage d'imagination : le *Fils d'une étoile*, roman. — M. le Dr Collet (de Saint-Thierry). — M. le Dr Th. Ackermann, ancien professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale à la Faculté de Médecine de Halle. — M. le Dr Frederick E. Adams, ancien lecteur d'anatomie à Queen's College de Corck.

Vacance médicale. — La municipalité d'une forte commune du centre demande un docteur. — S'adresser pour renseignements à M. Grégoire, 19, rue du Plateau de Vincennes (Seine).

Chronique des Hôpitaux.

H. de la Pitié.— Service de M. Albert Robin. *Enseignement des Stagiaires.* (Décembre 1896). — 1° Leçons à l'amphithéâtre : (Clinique et thérapeutique), par M. A. Robin, le lundi. La première leçon aura lieu le 14 décembre. — 2° Conférences complémentaires (au laboratoire) : M. Michel, lundi 7 décembre, leçon clinique ; mardi 1er décembre, les angines de la scarlatine; mardi 8 décembre, leçon clinique; mardi 15 décembre, les complications articulaires de la scarlatine. — M. Londe, mardi 22 décembre : des paralysies faciales. — M. Bardet, mercredi 2, 9, 16 et 23 déc.: conférences sur l'hygiène alimentaire. — M. Georges Baudouin : jeudi 3 décembre, des eczémas. — M. Leredde, jeudi 10, 17 et 24 décembre : pathologie et clinique. — M. Küss : vendredi 4, 11 et 18 décembre, conférences de séméiologie médicale. — M. Londe : samedi 5 et 12 décembre, leçon clinique. — M. G. Baudouin, samedi 19 décembre, des eczémas (suite).

Hospice de Bicêtre.— M. P. Marie. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses*, le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. Charpentier, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. Féré, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. Bourneville, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement, soit DOUZE FRANCS. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

Le Rédacteur-Gérant: Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCCr), RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IV. N° 50. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 12 DÉCEMBRE 1896.

Le Progrès Médical

MÉDECINE OPÉRATOIRE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — COURS D'OPÉRATIONS.

Chirurgie du Poumon. Pneumectomie.

Par **Félix TERRIER**,
Chirurgien de l'Hôpital Bichat,
Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Paris.

SIXIÈME LEÇON (1).

Leçon recueillie par E. REYMOND.

Messieurs,

Nous nous sommes occupés dans la dernière leçon de la pneumotomie; je veux dans celle-ci étudier la résection pulmonaire : *la pneumectomie*. Ce n'est pas là une opération courante, mais si jusqu'à présent elle n'a pas été pratiquée un bien grand nombre de fois chez l'homme, elle a donné lieu depuis une quinzaine d'années à une longue série d'expériences sur divers animaux.

Qu'il me suffise de vous citer entre autres noms ceux de Gluck (2), Block (3), Biondi (4), Marcus (5), Schmid (6), de Villard (7), Wills (8). Ces auteurs et bien d'autres ont prouvé que l'extirpation partielle et même totale d'un poumon était chose possible, presque facile chez un grand nombre d'animaux.

Quelque intéressantes que soient ces expériences, on doit se garder toujours, et en particulier pour la chirurgie pulmonaire, de conclure trop vite des animaux à l'homme. Aussi laisserons-nous de côté toutes ces résections de poumons chez des animaux sains, pour ne nous occuper que des résections de poumons malades chez l'homme.

En dehors des curettages de certaines cavités pathologiques que je ne veux pas considérer comme une résection pulmonaire, on peut dire que la pneumectomie a été pratiquée dans trois affections différentes : les tubercules, les néoplasmes, la hernie pulmonaire.

La première tentative dirigée contre la *tuberculose* ne fût guère encourageante. Block (9), ayant pratiqué l'extirpation des deux sommets du poumon, son opéré mourut sur le champ et l'opérateur, sous le coup d'une poursuite judiciaire, se serait suicidé.

Les quatre tentatives qui suivirent et que Truc (10) signala dans sa thèse, furent presqu'aussi malheureuses : Krœnlein (11) fit deux fois la résection du sommet dans le cas de tuberculose; le premier malade mourut au 9e jour, le second au bout de 36 heures. Les deux cas de Ruggi (12) ne furent pas plus encourageants.

(1) Voir *Progrès médical*, nos 35. 37, 39, 43 et 48.
(2) Gluck. — *Berlin. Klin. Wochen.*, 1881. XVIII, 645-48; et *Deutsch. med. Woch. Berl.*, 1881, VII, 667.
(3) Block. — *Deut. Med. Woch.*, Berlin, 1881, VII 634-36.
(4) Biondi. — *G. in. d. Sc. Méd.*, Napl., 1882, s. s. IV, 759.
(5) Marcus. — *Société de Biol.*, Paris. 1881-82, III, 323.
(6) Schmid. — *Berlin. Klin. Wochen*, 1881, XVIII, 757-59.
(7) De Villard. — *Univ. M. Mag.* Philad., 1891-92, IV, 334-41.
(8) Wills. — *Tr. M. soc. Calif.*, San-Fran., 1892, 45-64.
(9) Block. — Cité par Reclus, *Congr. de Chir.*, Paris, 1895, p. 44.
(10) Richerolle. — *Chirurgie du poumon.* Th. Paris, 1892.
(11) Kroenlein. — *Berlin. Kli . Wochen*, 3 mars 1884.
(12) Ruggi. — Bologne, 1885.

Il faut arriver à l'opération de Tuffier (1) pour trouver une pneumectomie dirigée contre la tuberculose et suivie de succès. Il s'agissait dans ce cas d'un jeune homme de 19 ans et voici quels étaient les symptômes que présentait le malade. La percussion du sommet droit donnait en arrière une submatité légère dans la fosse susépineuse, en avant une résistance au doigt et une submatité plus nette qu'en arrière. A la palpation on trouvait les vibrations exagérées. A l'auscultation, on entendait, en arrière, l'inspiration rude, l'expiration prolongée, soufflante; en avant l'expiration encore plus rude et plus soufflante, quelques râles un peu secs surtout après avoir fait tousser. Les seuls signes sthétoscopiques que l'on pût constater étaient localisés à ce sommet droit. En revanche, il existait des sueurs nocturnes, de l'amaigrissement, quelques hémoptysies ; l'examen des crachats révélait la présence de bacilles tuberculeux.

En somme le malade présentait des signes de tuberculose au début, bien localisés au sommet d'un seul poumon : ce que d'ailleurs devait confirmer l'opération et c'est là ce qui nous intéresse au point de vue des indications.

Le 2 juillet 1891, M. Tuffier pratique l'opération ; il fait une incision au niveau du deuxième espace, aboutissant à deux centimètres du sternum, au niveau de la mammaire interne. Le grand pectoral et les deux intercostaux étant incisés et réclinés, on voit à travers la plèvre les aréoles pulmonaires. C'est alors que commence le décollement laborieux de la plèvre pariétale. « Après quoi, dit M. Tuffier, passant mon doigt derrière le sommet du poumon, j'ai pris l'organe avec une pince spéciale qui ménage la friabilité du tissu, et je l'ai amené en dehors, déchirant ainsi la plèvre pariétale qui faisait collerette autour du poumon. Il n'y avait pas trace d'adhérences entre les deux feuillets de la séreuse. » On put alors faire à loisir l'examen de la lésion pulmonaire : l'induration pulmonaire est ferme au centre, légèrement granuleuse à la périphérie, le tout présentant le volume d'une noisette. Au-dessous de la pince on passe un fil de soie plate qui permet de faire une ligature en chaine à cinq centimètres au delà de la zone infiltrée. Le pédicule est ensuite fixé au périoste de la face interne de la deuxième côte « en le suturant bien exactement de façon à ne pas avoir de pneumothorax. » Les muscles intercostaux et le grand pectoral furent ensuite suturés au catgut sur trois places. L'opération dura 25 minutes.

L'opéré guérit rapidement, et M. Tuffier le présentait au Congrès de chirurgie en 1895 (2), en insistant à propos du manuel opératoire sur la nécessité de décoller largement la plèvre pariétale pour constituer un *pneumothorax extra-pleural* qui accole les feuillets pleuraux et évite l'entrée de l'air.

C'est une méthode différente qu'employa le Dr Lawson (3), deux ans plus tard chez un malade de 34 ans présentant une induration tuberculeuse du sommet droit.

(1) Tuffier. — *Semaine médicale*, juillet 1891 ; et Th. de Richerolle, 1892, p. 78.
(2) Tuffier. — *Congr. de Chir.*, Paris. 22 Oct. 1895, p. 87.
(3) D. Lawson. — *British medic. Journ.*, 3 juin 1893. London I, p. 1152-54.

Il fit une incision partant du sternum et suivant la deuxième côte que l'on résèque. On ponctionne la séreuse et l'opérateur pousse lentement dans la cavité pleurale de l'air stérilisé de façon à provoquer le collapsus du poumon; cette manœuvre n'amène ni dyspnée ni cyanose. La plèvre est ouverte, on détache les adhérences et on fait sortir par la plaie le sommet du poumon droit. On le traverse à sa partie supérieure par deux aiguilles et l'on résèque la partie malade. Puis le poumon est refoulé dans la cavité thoracique : la plaie est fermée sans drainage. L'opération avait eu lieu le 14 février et Lawson affirme que le malade pouvait être considéré comme guéri trois mois après ; toutefois, lorsqu'il publia l'observation le 3 juin, il subsistait une fistule donnant chaque jour quelques grammes de pus.

Au Congrès de Chirurgie de 1895 (1), M. Doyen nous a appris que lui aussi avait pratiqué la résection d'une partie d'un lobe pulmonaire chez un enfant de 10 ans pour une lésion tuberculeuse : la guérison suivit l'opération, mais l'auteur ne nous donne aucun détail sur son manuel opératoire.

Les deux interventions que je vous ai citées suffisent, d'ailleurs, à vous montrer combien on peut faire varier ce manuel opératoire dans ces résections du sommet du poumon : Lawson résèque la deuxième côte ; Tuffier se contente d'inciser le deuxième espace intercostal. L'un attire facilement le poumon par la brèche qu'il a faite, l'autre pour faire passer le sommet du poumon par l'étroit espace qu'il ne veut pas élargir, crée un pneumothorax extra-pleural qui, agissant comme un pneumothorax vrai, permet au poumon de se rétracter, mais dans la seule région correspondant au décollement, c'est-à-dire au sommet de l'organe qui se trouve ainsi réduit de volume et affaissé dans une certaine mesure.

Pour éviter la violente dyspnée d'un pneumothorax opératoire trop brusque, chacun des deux chirurgiens s'adresse encore à des procédés différents : Lawson détermine d'avance le collapsus du poumon en faisant de prime-abord entrer lentement l'air dans la plèvre ; Tuffier préfère se confier au décollement de la plèvre. Il est vrai que cette plèvre se déchirera au moment où on amènera le poumon à travers l'espace intercostal, « mais comme elle est plus ou moins flottante, elle s'applique sur le poumon; elle empêche et limite la pénétration de l'air dans la plèvre. » Enfin, il n'est pas jusqu'à la suture pulmonaire pour laquelle un des opérateurs préfère la ligature en chaîne, l'autre, le procédé des aiguilles en croix.

Je constate ces différentes manières et ne veux pas discuter la valeur de chacune, d'autant plus que dans l'opération qui nous occupe, ce qui constitue la question la plus intéressante pour l'instant, c'est son opportunité.

Quel est, en effet, l'avenir réservé à la pneumectomie pour tuberculose ? Certes, le résultat obtenu par Tuffier est très beau et paraît très encourageant ; mais, comme j'ai tenu à vous le faire remarquer, il s'agissait d'un malade ne présentant qu'une lésion du premier degré bien localisée au sommet d'un seul poumon. C'est d'ailleurs, à des cas analogues que paraît devoir être restreint la pneumectomie. Car pourquoi enlèverait-on un fragment de tissu malade, si on devait en laisser dix fois autant dans le reste du poumon ? Mais il faut bien reconnaître que cette tuberculose du premier degré, bien localisée à une région pulmonaire, est celle qui a le plus de chance de guérir sans intervention, et les autopsies faites chaque jour suffisent à démontrer combien grand est le nombre des tubercules pulmonaires spontanément guéris. Ce qui revient à dire que la pneumectomie ne peut être indiquée que dans les cas où la tuberculose a chance de guérir sans elle.

(1) *Loc. cit.*, 1895, p. 105.

Toutes différentes, comme nous allons le voir, se trouvent les indications de la pneumectomie appliquée au *cancer*. C'est par Antony Milton (1), de Georgia, que cette opération aurait été pratiquée pour la première fois : il enleva la cinquième et sixième côtes cariées et les deux tiers d'un lobe du poumon droit; le malade survécut quatre mois. Ce que nous savons de cette opération ne nous permet pas d'affirmer qu'il se soit agi d'un cancer ; elle n'en est pas moins intéressante en ce qu'elle paraît être la première pneumectomie faite sur l'homme.

M. Péan (2) nous a fait savoir au Congrès de Chirurgie de 1895 que, déjà en 1861, il avait pratiqué une pneumectomie pour néoplasme du poumon. La tumeur siégeait à la hauteur du quatrième espace intercostal ; elle était adhérente à la plèvre pariétale et manifestement indépendante des côtes. La tumeur ayant été attirée au dehors, on sutura tout autour les feuillets pleuraux l'un à l'autre, puis on enleva le néoplasme au galvano-cautère et on compléta l'hémostase en plaçant des pinces. Le malade vivait encore l'année suivante.

Il s'agissait bien, d'après cette description, d'une néoformation développée primitivement aux dépens du poumon ; de quelle nature ? bénigne très probablement, mais il est regrettable que l'examen n'en ait pas été fait.

Au contraire, dans l'observation plus récente de Weinlechner (3), nous nous sommes fixés sur la nature de la tumeur. Il s'agit d'un myxochondrome du thorax ayant envahi le lobe moyen du poumon sur une étendue de 7 à 8 centimètres. On jette une double ligature en arrière de la portion altérée, et on pratique l'ablation complète de celle-ci ; on enlève même quelques noyaux néoplasiques dans le lobe supérieur. Le sujet meurt dans le collapsus 24 heures après l'opération.

C'est encore une tumeur de la paroi étendue au poumon que Krönlein (4) opéra en 1883 : il s'agissait d'un sarcome récidivé chez une jeune fille de 18 ans ; on enleva la portion dégénérée du poumon grosse comme une noix environ. La malade se portait bien au moment où Krönlein publia son observation, mais quatre ans plus tard, elle présentait une seconde récidive (5) : la tumeur grosse comme le poing est de nouveau enlevée avec une partie de la paroi thoracique et du poumon qu'elle avait envahi.

L'opération que pratiquait W. Müller (6) en 1888, est analogue à la précédente. Il s'agit d'un jeune homme de 24 ans, porteur d'une tumeur développée quatre ans auparavant sur la paroi thoracique; au moment de l'opération, elle est large comme une soucoupe; on résèque les quatrième, cinquième, sixième côtes; on enlève la partie de la plèvre pariétale qui était intéressée ;

(1) Antony Milton. — Cité par Petit, *Rev. de Méd. et de Chir.*. Paris, 1887, p. 791.

(2) Péan. — *Chir. du poumon* ; in *Congr. de Chir.*, Paris, 1895, p. 77.

(3) Weinlechner.— *Zur Kasuistik der Tumors an der Brustwand* (*Wiener med. Press*, 20 mai 1882).

(4) Krönlein — *Ablat. d'un sarcome second. du poumon* (*Berlin. Klin. Wochen.*, 3 mars 1884).

(5) Cité p. 70 de la thèse de Richerolle.

(6) W. Müller. — *Un cas de résection de la paroi thoracique et des poumons suivi de guérison.* (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, XXXVII, 1-2).

à ce moment le poumon s'affaisse et il survient un collapsus inquiétant. On s'aperçoit ensuite que la tumeur s'est propagée jusque dans le poumon; on poursuit ce prolongement et on résèque une portion de parenchyme dans une longueur de neuf et une largeur de trois centimètres, après avoir placé au-dessous une double ligature en plein tissu sain; la plaie pulmonaire est fermée au catgut. Cinq ans après cette opération, W. Müller constate que son malade se porte bien.

La même année, Park (1) intervient chez un malade qui avait été opéré deux fois déjà pour un sarcome de la jambe. Il présentait une tumeur grosse comme un œuf de poule un peu au-dessous du côté externe du mamelon gauche et paraissant intéresser toute l'épaisseur de la paroi. Une incision cruciale de la peau fit constater que trois côtes étaient englobées dans la tumeur. La plèvre s'étant déchirée au cours de l'opération, on dilata l'ouverture avec le doigt; on découvrit que la tumeur était plus grosse en dedans qu'en dehors du thorax et qu'autour d'elle, les feuillets pleuraux adhéraient. La tumeur fut enlevée en même temps qu'une grande partie des quatrième, cinquième, sixième, septième côtes. Le pédicule qui unissait la masse au bord inférieur du lobe supérieur fut lié, puis sectionné. L'opéré mourut le lendemain et l'autopsie permit de constater que les deux poumons étaient farcis de noyaux sarcomateux.

Voici, messieurs, quelques observations qui ne nous fixent pas seulement sur la diversité du manuel opératoire, mais qui nous font encore rechercher dans quelle forme de cancer peut être indiquée l'opération. Est-ce plutôt dans le cancer primitif, le cancer secondaire, le cancer par propagation directe?

Pour ce qui est du cancer primitif, je ne sache pas qu'on ait jamais tenté d'en faire l'ablation. Dans le cas de M. Péan, il est vrai, il paraît bien être question d'une néoformation ayant son point de départ dans le poumon lui-même, mais nous ignorons la nature de cette tumeur, qui ne paraît avoir aucun des caractères de malignité. Il suffit, d'ailleurs, d'avoir assisté au développement d'un néoplasme primitif du poumon pour ne pas garder d'illusion sur la possibilité d'une pneumectomie. Quand le diagnostic peut être fait, soit par l'auscultation, soit par l'examen histologique des crachats ou du liquide ponctionné, le poumon est déjà pris dans sa plus grande partie : il faudrait l'enlever en totalité pour espérer ne pas avoir de récidive immédiate. La seule intervention que l'on puisse oser dans des cas semblables, consiste, comme le conseille Brunati (2), à pratiquer une thoracenthèse chaque fois que l'épanchement pleural deviendra menaçant par son abondance; encore n'évacuera-t-on qu'une partie de la plèvre.

Quant aux néoplasmes secondaires, ils peuvent etre divisés en deux catégories : ceux qui sont consécutifs à des cancers éloignés et se sont développés à la suite d'embolies cancéreuses; ceux qui ont leur point de départ dans la paroi thoracique et qui ont envahi par propagation directe la plèvre et le poumon.

Le premier cas est représenté par l'observation de Park : le malade avait été opéré deux fois d'un sarcome de la jambe, lorsqu'on intervint pour une néoformation secondaire du poumon ; l'autopsie permit de constater que les poumons étaient remplis de noyaux néoplasiques. L'opération ne pouvait servir à rien, et c était à prévoir, les noyaux néoplasiques développés dans le poumon à la suite d'embolie étant rarement isolés.

Il nous reste donc les cancers de la paroi thoracique qui ont envahi par propagation directe la plèvre et le poumon : tels sont les cas de Krönlein, de W. Müller. C'est à cette forme que nous devons pour l'instant restreindre la pneumectomie. Le plus souvent, l'intervention ne sera pas décidée d'avance, mais si au cours d'une ablation de tumeur siégeant sur la paroi, on s'aperçoit que celle-ci se prolonge dans cavité thoracique, il ne faut pas hésiter à réséquer le nombre de côtes nécessaire pour atteindre le prolongement intra-thoracique. Les feuillets pleuraux adhéreront le plus souvent. On pédicularisera la néoformation en plaçant au-dessous une ligature en chaîne en plein tissu sain.

J'en arrive, Messieurs, à la troisième lésion justiciable d'une pneumectomie : *la hernie pulmonaire.* Celle-ci est presque toujours étudiée en suivant la division devenue classique de Morel-Lavallée :

1° La hernie traumatique;

2° La hernie consécutive à l'existence d'une cicatrice ou d'une lésion quelconque;

3° La hernie spontanée. Elle se produit sans aucune violence extérieure, sans qu'aucune lésion appréciable ait affaibli le point qui lui livre passage;

4° La hernie congénitale.

Au point de vue exclusivement chirurgical celui auquel nous nous plaçons, cette division est inutilement compliquée, et d'autre part, la dénomination de hernie traumatique ne spécifie pas suffisamment s'il existe ou non une plaie des téguments : or, c'est là surtout ce qui nous intéresse. Aussi allons-nous étudier successivement: les hernies qui se sont produites à travers une plaie de poitrine et celles qui existent sans que les téguments soient lésées : celles-ci ont un sac, celles-là n'en ont pas.

Dans le premier cas, le poumon qui fait saillie entre les lèvres de la plaie, peut être le siège d'une hémorrhagie : inutile de revenir sur la conduite à tenir en pareil cas; je vous l'ai indiquée à propos des plaies du poumon et vous ai dit que le traitement des hémorrhagies pulmonaires comporte parfois une résection du parenchyme qui constitue une véritable pneumectomie; nous aurions pu l'étudier ici, mais je n'ai pas voulu la séparer de la simple suture du poumon et des autres modes de traitement de l'hémorrhagie.

Je m'en tiens donc au cas où le tissu pulmonaire est intact au moment où se produit la hernie. A quel moment et dans quel sens doit-on intervenir? Les résultats obtenus par deux chirurgiens dans des cas analogues vont nous permettre d'établir plus facilement les règles à suivre.

Voici le cas de Demons (1) : un homme qui dans une rixe avait reçu deux coups de couteau présentait la plaie thoracique la plus importante à gauche et un peu en arrière, entre la neuvième et la dixième côte. Sur cette plaie, on voyait une tumeur grosse comme la moitié du poing, rose, lisse, molle. On ne fait aucune tentative de réduction de cette hernie du poumon. Le lendemain, la tumeur a pris une coloration rouge plus accentuée et une consistance plus grande; une douce pression ne produisait pas de crépitation ni de diminution de volume. Progressivement la portion herniée prend une teinte grisâtre: 8 jours après l'accident, on fait la résection au moyen de l'écraseur linéaire; il s'écoule une petite quantité de sang noir ; le thermo-cautère l'arrête facilement.

(1) Park. — *Annals of Surg.*, St-Louis, 1888, VIII, 254-257, résumé dans la th. de Richerolle, p. 70.

(2) Brunati. — Thèse de Paris, 1894.

(1) Demons. — *Bull. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1886, p. 450-455.

Deux jours après, l'inflammation qui existait autour de la plaie du thorax s'est accentuée ; il y a de l'œdème ; on fait une incision verticale de 4 cent. qui donne issue à du pus. Après de longues complications, le malade guérit et la guérison se maintient. Cependant, quand il tousse, il voit apparaître au niveau de la cicatrice thoracique une petite tumeur qui disparaît aussitôt que la toux cesse.

De cette observation voici ce que je retiens pour l'instant ; il n'y a pas eu de réduction immédiate de la hernie ; et quand celle-ci s'est étranglée et sphacélée, on s'est contenté de sectionner les tissus au ras de l'orifice de sortie.

C'est encore à la suite d'un coup de couteau reçu 15 heures auparavant que M. Massart (1) de Honfleur, constatait l'existence d'une tumeur faisant hernie à travers la plaie ; c'est une masse rosée, étranglée à sa base, de forme sphérique, de la grosseur d'un demi-œuf de poule ; elle siège au niveau du septième espace intercostal gauche sur une ligne allant du bord antérieur de l'aisselle à l'épine iliaque antéro-supérieure. Elle ne change de volume ni pendant l'inspiration, ni pendant l'expiration; à la pression, on obtient une crépitation fine en pressant légèrement la tumeur.

Avec une aiguille de Reverdin, on embroche le pédicule au ras de la peau et on y place une ligature croisée au catgut; puis le moignon est refoulé dans la cavité thoracique. La plaie de la peau présente environ deux centimètres dans le septième espace intercostal ; il y a autour d'elle un décollement d'environ 3 centimètres d'étendue. La plaie est fermée par 4 crins de Florence qui prennent en même temps la peau et les muscles. Quatre jours après le malade a de la fièvre et la plaie suppure ; cependant trois semaines après l'opération il était guéri.

Dans ces deux observations, il s'agit de hernies traumatiques qu'on n'a pas cherché à réduire de suite. La réduction eut-elle été possible aussitôt après l'accident? La chose est probable, et c'est là, dans certains cas, la conduite la plus sage.

Il est fréquent de voir le poumon se présenter entre les lèvres d'une plaie thoracique et préserver mécaniquement la plèvre de l'entrée de l'air. On se contente dans ce cas de nettoyer la région autant que faire se peut, et on ferme la séreuse. Si le poumon fait une saillie plus accentuée, s'il y a vraiment hernie, je ne vois aucune raison pour ne pas suivre encore la même méthode à condition que les tissus ne soient pas trop souillés : mais du moins ne faut-il pas tarder pour opérer la réduction. Vous avez vu par les observations de MM. Demons et Massart avec quelle rapidité les parties herniées rougissent, se congestionnent, augmentent de volume, perdent toute souplesse et tendent bientôt à se sphacéler.

Que doit-on faire à partir du moment où la hernie pulmonaire est ainsi étranglée.

Il faudrait d'après Le Bec (2) ne pas enlever la partie herniée, mais faire tous ses efforts pour la rentrer. » L. Merlin (3) donne un conseil analogue en ajoutant que si la tumeur est sphacélée il faut jeter un fil sur le pédicule, et ne plus y toucher.

Pour ma part, je crois coupable toute tentative de réduction en pareil cas ; les tissus étranglés manquent de vitalité et ils sont probablement infectés depuis l'accident : deux conditions suffisantes pour qu'en rentrant la hernie, on introduise dans la plèvre un foyer d'infection tout prêt à se développer. Je ne vous ferai donc pas l'exposé des procédés de taxis, qui dans ce but ont été proposés ; je ne veux pas discuter d'avantage cette singulière méthode qui consiste à placer un fil au niveau du pédicule de la hernie et à la laisser ensuite se sphacéler ; je considère que la seule marche à suivre est celle de Demons et Massart : la résection suivie de réduction du pédicule. C'est seulement dans le mode d'application de la méthode qu'il peut y avoir lieu à discussion et tout d'abord à propos du moment où l'on doit opérer.

Demons fait la résection au bout de 8 jours ; je ne vois pas ce qui peut empêcher de faire cette résection de suite dès qu'on a pris le parti de ne pas réduire la hernie. Quant à la section à l'écraseur linéaire, elle peut exposer à des hémorrhagies sans avoir à mon avis aucun avantage sur la ligature croisée que Massart me paraît avoir employée avec raison. Mais je ne crois pas qu'il puisse être avantageux de placer cette ligature au ras de la peau pour refouler dans la plèvre la région où a porté l'étranglement. C'est comme si dans un épiplocèle étranglé on jetait un fil sur l'épiploon étranglé avant d'avoir débridé l'anneau d'étranglement.

Les deux observations que je vous citais se ressemblent sous ce rapport : dans les deux cas on s'est contenté, après avoir sectionné au ras de la plaie, de réduire le moignon à travers l'orifice non débridé ; dans les deux observations aussi, il s'est formé du pus les jours suivants. Je veux bien croire que dans le premier cas le pus vint du rein qui avait été blessé, et, que dans l'autre, la suppuration fut superficielle ; néanmoins il me paraît bien plus logique de commencer par débrider la plaie thoracique de façon à placer le fil à ligature sur du tissu sain et non en plein tissu malade. Quant aux chances de pneumothorax que pourrait causer le débridement, je ne reviens pas sur ce que je vous ai dit à propos de la thoracotomie et des plaies du poumon ; d'ailleurs, le pneumothorax doit être particulièrement facile à éviter dans les conditions qui nous occupent alors qu'on a entre les mains le prolongement pulmonaire qui sert d'obturateur.

Tel est donc le traitement que je vous propose dans les hernies pulmonaires à travers une plaie thoracique. Voyons maintenant le cas où il n'existe pas de plaie, que la hernie soit consécutive à un traumatisme, qu'elle soit spontanée ou congénitale.

Ici encore, la hernie est ou n'est pas étranglée ; c'est du moins ce qu'ont dit certains auteurs, entre autres Richerolle, établissant dès lors une comparaison facile avec la hernie abdominale. Si, en effet, la hernie pulmonaire n'est pas étranglée, on peut discuter l'opportunité d'une cure radicale. Si la hernie est étranglée, l'intervention s'impose ; on se contenterait de débrider l'étranglement et de rentrer le poumon s'il était sain ; on réséquerait celui-ci s'il était sphacélé.

Cette division est fort séduisante, mais toute théorique. Je ne sache pas, par exemple, qu'on ait eu jusqu'à présent, l'occasion d'opérer en dehors des plaies thoraciques, une hernie du poumon étranglée et déjà sphacélée. Dans les cas de hernie du poumon sans plaie extérieure, il ne se produit pas d'étranglement vrai, tout au plus de la congestion, de l'engouement de la partie herniée.

Cela suffit néanmoins à donner au patient des tiraillements, de l'oppression, parfois des douleurs vives. Comme d'autre part la hernie du poumon n'a aucune tendance à la guérison spontanée, qu'elle prédispose à certaines affections pulmonaires, qu'elle constitue en

(1) Massart. — *Rev. génér. de Clin. et de Thérap.*, Paris, 1892.
(2) Le Bec. — *Encyclop. intern. de Chir.*, Paris, VI, p. 179.
(3) L. Merlin. — *Dict. de Méd. et de Chir.*; article Poitrine, p. 706.

somme une infirmité sérieuse en mettant obstacle à tout travail pénible, il y a grand intérêt à chercher pour cette affection un traitement chirurgical : les pelotes, les bandages et autres moyens de contension, ne donnent que de médiocres résultats au dire même de ceux qui les recommandent (1). Ils ne peut d'ailleurs en être question quand la hernie n'est plus réductible.

Au contraire, la cure radicale paraît avoir donné de bons résultats à ceux qui l'ont essayée (2).

Je me contente de vous rappeler l'observation de M. Tuffier (3) qui en a longuement décrit le manuel opératoire.

Il s'agissait d'un journalier présentant depuis cinq mois une tuméfaction sterno-costale qui s'était accrue peu à peu. Cette tumeur occupait le second espace intercostal droit à deux centimètres en dehors du sternum. Elle avait le volume d'une petite mandarine et se réduisait complètement par la pression sans pulsation. On sentait alors nettement un orifice qui laissait passer la pulpe de l'index. Tuffier fait sur le centre de la tumeur et parallèlement au deuxième espace intercostal une incision de 10 centimètres à partir du sternum : le grand pectoral est aminci ; au-dessous de ses fibres on trouve une couche celluleuse formant une véritable bourse séreuse rudimentaire.

Au centre, le sac présente une masse grosse comme l'index, flasque, irrégulière, qui se prolonge dans l'orifice percé à travers la paroi intercostale. Le malade faisant un effort de vomissement, le poumon remplit et distend le sac. On réduit facilement le poumon, puis on jette sur le sac un fil de soie au ras de l'espace intercostal et on resèque le sac ; le pédicule est alors facilement rentré dans l'anneau fibro-musculaire constitué par le muscle intercostal ; le doigt introduit dans cet anneau pénètre dans le médiastin. Pour fermer cet anneau, on en avive les bords qu'on suture à la soie. Puis les fibres dissociées du grand pectoral sont suturées à leur tour et la plaie fermée sans drainage.

Je ne vois rien à ajouter à ce manuel opératoire qu'on peut résumer ainsi : incision sur la tumeur, réduction du poumon hernié, résection du sac, débridement de l'orifice et décollement de la plaie tout autour, suture de l'anneau.

C'est une opération qui paraît simple et que je vous conseille à l'égard de toute hernie pulmonaire qui cause une gêne sérieuse et paraît avoir tendance à augmenter de volume.

Tels sont, Messieurs, les diverses circonstances dans lesquelles le chirurgien peut être appelé à pratiquer la résection du poumon ; très exceptionnellement pour la tuberculose, rarement pour les néoformations malignes, bien plus fréquemment pour les hernies traumatiques compliquées du parenchyme pulmonaire.

(1) Desprès — *Gaz. des Hôp.*, Paris, 16 juillet 1889.
(2) Hagentow. *Meditzina*. Saint-Pétersbourg, 1892, IV, p. 53-55. Reynier. *Congr. de Chir.*, Paris, 21 octobre 1895.
(3) Tuffier. — *In* Th. de Richerolle, p. 67.

JOURNALISTIQUE. — Les éditeurs du *Mathew's Medical Quaterly* annoncent que, avec le numéro de janvier, cette publication paraîtra sous le titre « *Mathew's Quaterly Journal of rectal and gastro-intestinal diseases* ». C'est un changement qui a paru nécessaire depuis quelque temps, parce qu'il est essentiel que le titre d'un journal médical donne au lecteur une idée de ses matières, et cela n'était pas le cas avec le nom qu'il avait depuis le commencement. Le journal continuera à être édité par les docteurs J.-M. Mathew's et Henry E. Tuley, et sera publié à Louisville, Ky.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Cours de Clinique chirurgicale. — M. le Pr Tillaux.

Le cours de clinique chirurgicale de M. le Pr Tillaux, retardé par l'aménagement de son amphithéâtre, s'est ouvert seulement le vendredi 4 décembre, à 10 heures du matin, et sera continué les lundis et vendredis, le mercredi étant consacré à une leçon spéciale, l'examen d'un malade par un élève sous la direction du professeur.

M. Tillaux commence son cours par quelques conseils sur la façon de profiter d'un service de clinique. Il rappelle qu'il ne suffit pas de suivre le cours de clinique proprement dit, mais qu'il faut suivre les malades, dans les salles, en dehors de l'amphithéâtre des cours, pour en garder une vision nette et durable.

M. Tillaux rappelle ensuite que l'art chirurgical ne consiste pas seulement dans l'acte opératoire. C'est ce que les jeunes gens instruits et travailleurs apprennent le plus vite ; ils sont de bons opérateurs, bien avant de devenir des chirurgiens instruits, parce que ce n'est pas trop de toute une existence consacrée au travail pour en arriver là. Tant que l'on ne rendra pas à l'étude du diagnostic, la vraie étude scientifique, la place considérable qu'elle doit occuper, on formera des chirurgiens plus opérateurs que savants et ce sera un véritable recul au temps où le chirurgien n'était qu'un outil dans la main du médecin.

Le professeur s'élève ensuite contre la tendance de beaucoup de chirurgiens à se spécialiser dans la chirurgie abdominale. La chirurgie des membres restera toujours la chirurgie courante, utile, et qu'on ne saurait jamais trop posséder à fond. Il est ridicule de voir, comme M. Tillaux en cite un exemple, un chirurgien, expert en laparotomies, ne pas savoir ouvrir un phlegmon du cou.

Le professeur aborde ensuite la clinique proprement dite par l'étude d'un cas de luxation ancienne de l'épaule gauche, de diagnostic difficile, chez un individu très musclé, et dont la véritable nature fut révélée par l'examen de troubles de la sensibilité, qui indiquaient une lésion du plexus brachial suivant une chute sur le moignon de l'épaule.

L'enseignement de M. Tillaux, partant toujours d'une solide base anatomique, fait de clarté, de simplicité communicative, est toujours, on le sait, très recherché des élèves. Aussi l'amphithéâtre était complet et l'hémicycle rempli des élèves du maître.

Enseignement de l'anatomie. — M. le Dr P. Poirier.

M. Poirier, chef des travaux anatomiques à la Faculté de Médecine, a ouvert son cours le jeudi 3 décembre, à cinq heures, dans le grand amphithéâtre de l'École Pratique, dont la disposition laisse beaucoup à désirer. Sur les bancs du milieu, on n'entend guère, sur ceux du haut, on ne voit rien. La salle était comble ; c'est un peu la règle pour la première de chaque professeur. Il y aurait intérêt à connaître la statistique des auditeurs pendant la durée des cours qui se font à la Faculté de Médecine : ceci n'est pas dit pour M. Poirier, qui a d'habitude la satisfaction de retenir ses élèves. Les étudiants, arrivés de bonne heure, afin d'être bien placés, charment les ennuis de l'attente en chantant et conspuant. Tout s'apaise à l'arrivée du chef des travaux, auquel ses élèves reconnaissent, entre autres mérites, d'être le premier à la besogne, de donner l'exemple de l'exactitude et du travail, et auxquels il pardonne de parler haut et clair.

Après quelques mots de remerciements aux élèves et à

ceux qui l'aident dans son enseignement, il entre de suite en matière. Il traitera cette année du système nerveux en l'état actuel de nos connaissances. Nous ne doutons pas que M. Poirier ne mène à bien la tâche difficile qu'il a entreprise. L'intérêt du sujet, le talent d'exposition du professeur, assureront à ce cours l'assiduité des auditeurs.

L'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Il a été fait beaucoup de bruit dans la presse politique, depuis une quinzaine de jours, au sujet d'une note de la Cour des Comptes, ainsi conçue :

NOTE 70 de la présidence de la Cour des Comptes en date du 25 juin 1896 pour MM. les conseillers référendaires et les auditeurs.

Indication des référés adressés par la première présidence aux départements ministériels pendant l'année 1895.

Ministère de l'Intérieur. — 12 juillet 1895. Prélèvement sur le crédit des frais de bureau d'une somme de 566 francs destinée à payer l'impression des cartes de visite du directeur général, du secrétaire général et du contrôleur (1) de l'Assistance publique de Paris. — Réponse du Ministère de l'Intérieur du 23 mai 1896 (2).

Ce n'est pas seulement les journaux de Paris qui, partant de cette note, ont adressé des critiques, en général assez vives, à l'administration de l'Assistance publique dont le chef-lieu est avenue Victoria, mais aussi la presse de province. L'extrait suivant du *Moniteur de l'Allier* (6 novembre) en fournit la démonstration.

« L'*Assistance publique*, dit-il, *est une des administrations les plus riches de France*; il n'en est pas qui soit plus souvent gênée au point de vue financier, et ses fonctionnaires nombreux, inutiles, encombrants, absorbent une grande partie des millions destinés à secourir les infortunes que l'on ne secourt du reste pas. La légion des directeurs, des chefs, des sous-chefs, des employés, forme une véritable armée, et c'est un des scandales publics les plus criants de notre fin de siècle; mais on tolère cela; les pauvres seuls se plaignent. Qui les écoute, qui les entend ?

« Aussi les fonctionnaires seraient vraiment bien bons de se gêner, et ils ne se gênent pas. Les trois gros bonnets de la direction qui sont grassement payés, se sont encore fait allouer à eux trois 566 francs de cartes de visite; 188 francs 66 centimes par rond de cuir, c'est coquet ; une ménagère qui sait calculer vous dirait qu'à 4 francs le cent, prix du beau bristol, cela fait 4.714 cartes pour chacun; voilà des gens qui font bien des visites ou qui envoient beaucoup de cartons; ce doivent être de bons clients pour les papetiers. Notez que le détail en lui-même est de minime importance, mais cela prouve le gaspillage général qui a lieu dans ces bureaux-là, et pendant ce temps, tous les jours de pauvres diables se suicident, parce qu'ils n'ont pas de quoi manger. »

Il est curieux de voir combien tous les articles parus à cette occasion contiennent d'erreurs. « L'administration de l'Assistance publique (de Paris) est l'une des *plus riches* de France ! Hélas ! que cette affirmation est loin de la vérité. Elle est, au contraire, *très pauvre*. Ses dépenses prévues pour 1897 s'élèvent en chiffres ronds à 45 millions.

Ses *ressources propres, à elle*, ne s'élèvent qu'à 6 millions 163.737 fr.

Le reste provient : 1° de taxes municipales ou de *Droits attribués* : droit des pauvres, 3.016.823 fr. ; — Bonis prescrits, etc., du *Mont-de-Piété*, 99.000 fr. ; — Concessions de terrains dans les cimetières, 410.200 fr. soit 3 millions 526.023 fr.; — Des produits antérieurs et remboursements divers, 3.772.905 fr., somme dans laquelle figure 3 millions 197.820 fr. comprenant surtout le remboursement par le département des frais de séjour des aliénés à Bicêtre et à la Salpêtrière. Nous laissons de côté les Recettes des services généraux : pharmacie, boulangerie, cave, boucherie, etc., qui se balancent par une dépense correspondante ; ce sont des comptes d'ordre.

2° De la *subvention municipale* qui atteint le chiffre énorme de 16.436.905 fr.

Taxes et subvention, quelque élevées qu'elles soient, sont très loin de suffire aux besoins de la population malheureuse.

« Les trois gros bonnets de la direction, qui sont *grassement payés*, se sont encore fait allouer 566 francs de cartes de visites...» Nous n'insisterons que sur le traitement du premier « gros bonnet ». Le directeur de l'Administration générale de l'A. P. a un traitement de 15,000 fr. Il est logé et dispose d'une voiture. Si nous ne nous trompons, c'est tout. On avouera qu'il n'y a là rien d'exagéré pour un poste aussi pénible, et nous ajouterons aussi peu agréable. Non seulement ce fonctionnaire a une lourde besogne, une grande responsabilité ; mais il doit contenter son Conseil de surveillance, qui n'est pas très commode ; le Conseil municipal qui le met fréquemment sur la sellette; le Conseil général dont il relève pour le service des Enfants-Assistés ; le préfet de la Seine, enfin le Ministre de l'Intérieur, sans compter qu'il faut tâcher de faire bon ménage avec le corps médical des hôpitaux. Si, par aventure, il est assez habile pour ne pas trop heurter ces différents conseils et ces divers personnages, il lui reste à subir les attaques plus ou moins justifiées de la presse politique et de la presse médicale. On voit combien ce poste, contrairement à l'opinion commune, est peu enviable et que le traitement qui y est affecté n'est pas en proportion du travail, des difficultés et des désagréments qu'il comporte. Quant à l'affaire des *cartes de visite*, si l'on réfléchit que le directeur et le secrétaire général sont obligés de répondre à toutes celles qui leur sont envoyées, non comme individualités, mais comme fonctionnaires, on conçoit qu'elles doivent être raisonnablement à la charge de l'Administration.

Au lieu de s'appesentir sur une aussi minime affaire, la presse ferait de meilleure besogne en précisant les économies qu'il est possible de réaliser dans le personnel des bureaux du chef-lieu, de veiller à ce qu'on le réduise, *ce qui est très certainement possible*, ce que nous avons fait dans le temps, de veiller à ce qu'on ne multiplie pas les places inutiles, et, malgré nos protestations, nos arguments, nous l'avons vu faire par le Conseil municipal ; — de demander que les employés et fonctionnaires de tous grades s'acquittent scrupuleusement de leurs devoirs, reçoivent et renseignent le public — et surtout les malheureux — avec plus de courtoisie, plus de bienveillance qu'il ne le font trop souvent. Il y a, sous ce rapport, de vieilles traditions, qu'il est de l'honneur d'une administration républicaine de faire promptement disparaître. Il n'en sera ainsi que quand tous les fonctionnaires, tous les employés seront *vraiment* républicains. Quand ?

Nous avons parlé des attaques de la presse politique. Nous nous sommes permis de dire qu'elles n'étaient pas toujours justifiées. Beaucoup de journalistes s'imaginent que tous les services d'assistance de Paris et de la Seine sont sous une *unique direction*, celle de M. Peyron, et le critiquent pour *tous les faits* concernant l'assistance publique, malades, vieillards, aliénés, mendiants, miséreux de tous genres. Le fait ci-après emprunté à la *Lanterne* du 29 no-

(1) On ne voit pas du tout ce que vient faire là le *contrôleur* (?).

(2) Elle aurait été, si nos renseignements sont exacts : « La même pratique existe dans les ministères. » — Ajoutons aussi que la dépense comprend les cartes de visites de deux exercices budgétaires, portée à un seul exercice.

vembre vient à point. L'information a naturellement un titre à sensation : « *Un fait inouï.* »

« On nous signale le fait suivant qui prouve le sans-gêne et la négligence des bureaux de l'Assistance publique : « Depuis six ans, nous écrit notre correspondant, ma grand'mère était à l'asile de Ville-Evrard. Le 25 septembre dernier, on m'annonça que ma parente était décédée le 13 *juin* ; je n'avais même pas été informé de sa maladie et, bien plus, l'Assistance m'a fait payer sa pension jusqu'au 31 *août*; cette administration m'est donc redevable de 162 fr. 55.

« Malgré mes réclamations réitérées — réclamations restées sans réponse, d'ailleurs, — l'Assistance, par sa négligence, me fait encore perdre une somme de 500 fr., payée par moi pour la nomination d'un séquestre inutile dans ce cas. J'attends toujours le remboursement de la somme qui m'est due, et je ne peux savoir, malgré mes démarches, à qui incombe la responsabilité de cette négligence inconcevable. Nous signalons le fait à qui de droit. »

Le rédacteur de cette note, comme bien d'autres, ignore qu'il n'y a pas pour Paris et la Seine — comme cela existait en vertu de la loi du 10 janvier 1849, — *une seule* Administration de l'Assistance publique ; mais qu'il y en a plusieurs : 1° l'ancienne, qui a dans ses attributions les hôpitaux, les hospices, les Enfants-Assistés, et dans une mesure restreinte, les bureaux de bienfaisance; — 2° l'Assistance des Aliénés (Asiles Clinique, de Vaucluse, de Ville-Évrard, de Villejuif, colonie de Dun-sur-Auron) qui rentre dans les attributions de M. Le Roux, directeur des affaires départementales ; — 3° l'Assistance municipale proprement dite (Asiles de nuit, Refuges-ouvroir pour les femmes enceintes, Asile Ledru-Rollin, pour les femmes relevant de couches, Ambulances urbaines, Etuves municipales, qui dépend de M. Menant, directeur des affaires municipales ; — 4° enfin divers services : Infirmerie du Dépôt, Dispensaire des filles publiques, Saint-Lazare, Dépôts de mendicité de Nanterre et de Villers-Cotterets, Étuves départementales (20) pour la désinfection dans la banlieue, dépendent de M. Lépine, préfet de police (1). — C'est donc, s'il y a lieu, à l'Assistance départementale de l'ancienne caserne Lobau et non à l'A. P. de l'avenue Victoria que s'adressent, s'il y a lieu, les reproches du rédacteur de la *Lanterne.*

Nous avons toujours plaidé, mais en vain, pour une seule assistance publique à Paris et dans la Seine. Les arguments que nous avons donnés étaient tirés exclusivement de l'intérêt des malheureux de toutes catégories, de leurs familles et aussi de l'intérêt des finances municipales et départementales. Cette réforme va trop à l'encontre des intérêts particuliers et entraînerait trop de réductions dans le personnel administratif, pour avoir des chances de réussir, à une époque où la mode est d'avoir «une place.»

BOURNEVILLE.

(1) Les ambulances municipales ont fonctionné simultanément, dans les premiers temps, à la Préfecture de police et à l'Hôtel de Ville. Depuis 1893, les ambulances de la Préfecture de police ont été réunies à celles de l'Hôtel de Ville.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de Médecine de Berlin.* M. le Dr Wilhelm Nagel, privatdocent d'obstétrique, est nommé professeur extraordinaire. — *Faculté de Médecine de Munich.* M. le Dr Anton Bumm, professeur extraordinaire à la Faculté de Médecine d'Erlangen, est nommé professeur ordinaire de psychiatrie, en remplacement de M. H. Grashey. — *Faculté de Médecine de Naples.* M. le Dr Gaetano Bernabeo est nommé privatdocent de pathologie chirurgicale. — *Académie militaire de Médecine de Saint-Pétersbourg.* L. le Dr Dolganow est nommé privatdocent d'ophtalmologie. — *Albany Medical College.* Sont nommés lecteurs : MM. les Drs John B. Hennessy (*matière médicale*); George Newman (*séméiologie*). — *Philadelphia Polyclinic.* M. le Dr A. O. J. Kelly est nommé professeur adjoint de pathologie. (*Sem. méd.*).

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Xe SESSION DE PARIS (19-26 *Octobre* 1896) (1).

Séance du Vendredi 23 *octobre* (soir) (suite).

M. PÉAN (de Paris). — *Des prolapsus utérins.* — Je n'insisterai pas longtemps sur le mécanisme des prolapsus utérins; mais je dirai simplement qu'il peut établir deux tissus de prolapsus : il y a des prolapsus simples dans lesquels l'utérus est abaissé seul. Il y a des prolapsus compliqués. Dans ce cas, il est presque impossible que le prolapsus ne s'accompagne pas de cystocèle et de rectocèle. Contre les prolapsus simples, les pessaires peuvent rendre des services, en particulier les pessaires légers en aluminium. L'utérus une fois bien soutenu, les accidents douloureux ne tardent pas à disparaître. Quand il y a déchirure totale du périnée, le chirurgien doit intervenir. Si l'atonie des tissus est considérable, la périnéorrhaphie seule ne saurait suffire ; il faut la compléter par une colpérinéorrhaphie. On doit faire remonter l'avivement jusqu'au col de l'utérus; on découpe un lambeau de forme rectangulaire, dont le bord supérieur remonte jusqu'au cul-de-sac postérieur du vagin. Les fils sont passés séparément et transversalement dans le corps périnéal. Dans les cas où il y a en même temps que le prolapsus hypertrophie du col, on fait la résection sus-vaginale du col en forme de V ; on évite les rétrécissements cicatriciels, en suturant la muqueuse intra-utérine au vagin. Enfin, quand il y a, ce qui arrive souvent, des complications inflammatoires du côté de l'utérus, lésions graves ou même simplement sérieuses, l'hystérectomie est indiquée. Pour ne pas blesser la vessie et les uretères, il faut faire le débridement bilatéral du vagin et commencer la dissection de la muqueuse aussi près que possible de l'orifice inférieur du museau de tanche, en allant de bas en haut.

M. RICHELOT (de Paris). — *Traitement des prolapsus génitaux.* — L'auteur admet comme cause prédisposante de prolapsus le tempérament arthritique. Il est important de noter dans le mécanisme du prolapsus que c'est le vagin qui descend et non pas l'utérus. Pour s'opposer au prolapsus, il est indispensable de reconstituer le corps périnéal. L'hystéropexie n'est pas un procédé recommandable. L'hystérectomie vaginale seule ne m'a pas donné de bons résultats. La seule opération, qui trouve ici ses indications, c'est la colporrhaphie, à la condition de faire une résection très large de toute l'épaisseur de la paroi. Tel est l'acte fondamental. Les actes secondaires sont l'amputation sus-vaginale du col, qui, combinée à la colporrhaphie, donne de très bons résultats. Quand on est obligé de faire l'hystérectomie totale, à cause d'une affection utérine ou annexielle concomitante, on doit la faire suivre de la colporrhaphie immédiate. L'hystérectomie est tout à fait indiqué avec des utérus fibromateux, cancéreux, ou s'il y a des lésions des annexes. Dans l'immense majorité des cas, en dehors de ces complications, l'amputation sus-vaginale du col suffira.

M. FOLLET (de Lille). — *Cure radicale du prolapsus utérin.* — Dans un mémoire, en collaboration avec son chef de clinique, le Dr Colh, M. Follet insiste sur un point spécial de la pathogénie et du traitement opératoire des prolapsus génitaux. Il s'agit du rôle d'un faisceau musculaire, à peine mentionné jusqu'ici ; le releveur de l'anus (qui mériterait le nom de releveur de l'anus et du vagin) présente un faisceau antérieur enveloppant tangentiellement le vagin auquel il adhère latéralement sur une grande hauteur. Cette adhérence latérale solide équivaut physiologiquement à une insertion. Dans l'opération complexe que nous pratiquons et qui comprend : amputation partielle de l'utérus ; avivement de tout le vagin ; périnéorrhaphie ; le temps médian a surtout pour but de refaire une attache annulaire et le faisceau musculaire sus-indiqué dont les fibres disséminées se ramènent d'ailleurs en un plan feutré. Que l'on suppose un cylindre en accordéon, une lanterne vénitienne où l'on aurait fixé des fils disséminés à la surface externe, aplatissons la lanterne; les fils se rap-

(1) Voir *Progrès médical*, nos 43, 44, 46, 47, 48 et 49.

prochant formeront un plan unique dont l'insertion sera d'autant plus solide qu'elle se fera sur une surface moins étendue. Un résultat analogue se produit chez nos opérés; le faisceau vaginal du releveur retrouve un point d'appui et peut rejouer son rôle physiologique.

M. SCHWARTZ (de Paris). — *Traitement des prolapsus génitaux.* — La grande majorité des prolapsus génitaux, lorsqu'ils ne sont pas compliqués, sont justiciables, même dans leurs formes avancées, des opérations anaplastiques sur le périnée et le vagin. Pour peu que le col soit atteint de métrite cervicale hypertrophique, qu'il y ait de l'endométrite avec ou sans ectropion, ce qui est très fréquent, on fera précéder les deux interventions que nous venons d'indiquer du curettage, puis de l'amputation soit biconique de Simon, soit à lambeau de Schrœder, soit encore de l'évidement conoïde d'Huguier. Qu'il s'agisse de prolapsus génitaux par insuffisance périnéale, après une déchirure du périnée, qu'il s'agisse de prolapsus par relâchement des tissus, les règles essentielles, à notre avis, pour réussir sont : 1° de paraître toujours faire trop pour arriver à faire assez ; 2° de se rendre un compte exact des lésions complexes du prolapsus pour s'attaquer à tout ce qui est abordable et attaquable. Le résultat opératoire peut être atteint à moins de conditions exceptionnelles dans une seule séance, mais l'on aura soin, si l'on veut obtenir un résultat définitif, de ne pas permettre aux opérées de se lever trop tôt, et de se livrer trop vite à leurs occupations : un séjour de 3 semaines au lit nous a paru absolument nécessaire pour permettre aux tissus de se reconstituer suffisamment au point de vue de la résistance. Dans les cas de prolapsus compliqués, les opérations anaplastiques sur le périnée et le vagin ne suffisent plus. Lorsque les prolapsus paraissent en rapport immédiat avec la présence d'une tumeur, c'est à l'hystérectomie vaginale qu'il faudra s'adresser, et elle seule, indiquée bien plutôt par l'existence de la tumeur que par le prolapsus, qui est secondaire, amènera presque toujours un bon résultat. Lorsque le prolapsus accompagne une rétrodéviation et que rien en dehors de ces deux lésions n'indique la castration utérine, lorsque l'utérus est peu volumineux et que les annexes sont intactes, il nous paraît que l'hystéropexie abdominale dans les cas avancés, l'opération d'Alexander dans les cas moins sérieux, combinées à une intervention sur le périnée et le vagin réunissent les meilleures conditions de succès. Quand on a affaire à des prolapsus très avancés, avec utérus peu ou pas volumineux, l'hystéropexie abdominale seule nous paraît une opération absolument insuffisante ; c'est là une vue basée non sur les quelques faits que nous avons pu observer, mais sur la connaissance de cas nombreux publiés. Cela sera d'autant plus vrai que très souvent la paroi abdominale flasque n'offrira aucune résistance à la traction exercée par l'organe qui y est suspendu. L'hystérectomie vaginale totale est une ressource à employer dans ces cas, lorsque les femmes ont atteint la ménopause ; mais il nous semble qu'elle ne doit être que l'opération préliminaire à une large colpopérinéorrhaphie ou à des élythorrhaphies destinées à empêcher la chute consécutive du vagin. Enfin, il est des cas, surtout lorsqu'ils se présentent chez des femmes à tissus relâchés, dont la vitalité est vite amoindrie, où toutes les interventions sont frappées d'échec, du moins au point de vue du maintien complet du prolapsus. La récidive est certaine à une échéance plus ou moins reculée qui dépend en grande partie de l'état social de l'opérée, exigeant un plus ou moins grand développement d'effort. Les pessaires spéciaux, les ceintures à support, nous paraissent alors les seules ressources à mettre en usage.

M. REYNIER (de Paris). — *Traitement et pathogénie des prolapsus génitaux.* — L'auteur a défendu cette idée que, chez les femmes âgées, le prolapsus, comme toutes les ptoses à cet âge, dépendait d'une sénilité du système nerveux ; d'où perte de la tonicité musculaire, ou atrophie du muscle releveur, le sphincter vagino-abdominal, qui ferme l'abdomen et soutient l'utérus. Quand il fait défaut, comme l'a montré M. Trélat, l'utérus s'abaisse. Mais, chez les femmes jeunes, ce n'est plus une sénilité du système nerveux qu'il faut accuser, c'est une débilité spéciale de celui-ci, un trouble qu'amènent le surmenage, la grossesse. Rien ne montre mieux cette influence du système nerveux que l'étude du prolapsus utérin chez les vierges. Signalé par Rames Maclintock, ce prolapsus est encore peu connu. Barnes, comme causes, signale l'épilepsie, la peur, les efforts de toux. Maclintock dit l'avoir vu chez des vierges à la suite d'efforts de défécation, provoqués par un rétrécissement organique du rectum. Le fait du rétrécissement montre que ces femmes étaient dans un état misérable. Pour M. Paul Reynier, ces auteurs n'ont vu que la cause occasionnelle, et non pas la cause prédisposante qui résidait dans le système nerveux. Dans 3 cas personnels, il a vu manifestement la pathogénie qu'il évoque être mise hors de doute. Dans un cas, il s'agissait d'une fille qui fut amenée dans son service dans un état de coma typhique, avec prolapsus utérin à travers l'hymen intact. Il le réduisit; le coma persista. La malade mourait deux jours après. A l'autopsie, on trouva les lésions classiques de la dothiénentérie. Dans un second cas, il s'agissait encore d'une fièvre typhoïde grave, avec état comateux. La malade guérit ; pendant cette fièvre typhoïde se produisit un prolapsus utérin, à travers l'hymen intact. Ce prolapsus fut traité par les immersions répétées du siège dans l'eau froide ; sous l'influence de traitement, la malade guérit et la guérison s'est maintenue. Dans un troisième cas, il s'agissait d'une jeune fille de 17 ans, d'intelligence obtuse, qui, à la suite d'une marche prolongée en portant un sac de pierres, vit survenir un prolapsus utérin. Dans ces trois cas, le trouble du système nerveux primitif paraît indéniable ; dans les deux premiers cas, il est survenu par le fait de l'infection, dans le troisième par le fait d'une dépense exagérée de force nerveuse chez une femme chétive.

M. J. BOECKEL (de Strasbourg). — I. Avant la ménopause, l'hystérectomie vaginale ne devra être pratiquée dans les prolapsus génitaux qu'à titre exceptionnel : *a*) Lorsque les opérations plastiques tentées antérieurement auront échoué. *b*) Lorsque l'ancienneté et le volume du prolapsus feront pressentir un insuccès certain par l'emploi des méthodes d'autoplastie seules. *c*) Lorsque la réduction ne pourra être maintenue par suite d'hypertrophie utérine. *d*) Lorsque le prolapsus, en quelque sorte étranglé, ne pourra être réduit. — II. L'hystérectomie vaginale devra toujours être suivie de la colpopérinéorrhaphie immédiate. Celle-ci devra être très largement faite. Le succès n'est certain qu'à cette seule condition. — III. Ces opérations combinées donnent d'excellents résultats, bien supérieurs à ceux des autoplasties simples. — IV. La mortalité est faible, nulle même en ce qui concerne mes faits personnels. Sur 8 cas, j'ai 8 guérisons. — V. Après la ménopause, l'hystérectomie vaginale, toutes choses égales d'ailleurs, ne présente pas de contre-indication. L'âge avancé des malades même ne saurait plus aujourd'hui nous arrêter. Les faits que je relate dans cette note le prouvent, attendu que j'ai opéré avec succès des femmes de 60 ans et plus et que j'ai même, dans un cas d'une urgence extrême, reculé cette limite à 80 ans.

M. A. BOURSIER (de Bordeaux). — Avant de donner mes résultats opératoires dans le traitement du prolapsus, je crois nécessaire d'insister sur l'importance toute particulière de la dystrophie spéciale des tissus et surtout du tissu musculaire qui joue un rôle de premier ordre non seulement dans la pathogénie de cette lésion, mais aussi au point de vue de son pronostic et de sa curabilité. Quel que soit le degré du prolapsus, les chances de récidive paraissent surtout proportionnelles à l'intensité de cette dystrophie, et cela avec toutes les méthodes opératoires. Je suis d'ailleurs partisan des opérations multiples, en mettant au premier rang les restaurations périnéales et en y ajoutant des groupements opératoires variables avec les indications de chaque cas. J'ai traité chirurgicalement 17 cas que je diviserai en 3 groupes suivant le degré des lésions et la nature des interventions. — *Premier groupe.* Malades ayant un abaissement utérin intra-vaginal, une chute incomplète du vagin avec cystocèle et rectocèle au début. Traitement : curettage avec amputation du col. Colpopérinéorrhaphie. Sur 9 opérées, 1 est morte d'embolie pulmonaire 5 jours après l'opération. Les 8 autres ont obtenu un résultat immédiat excellent, 6 ont été revues, 1 seule présente une récidive partielle au bout de quelques mois. — *Deuxième groupe.* Quatre malades ayant un prolapsus utérin plus accentué avec cystocèle ou rectocèle importante, et en outre de l'incontinence d'urine

chez 2 d'entre elles. Sur 3 de ces malades, aux opérations du groupe précédent, j'ajoute une colporrhaphie antérieure; sur la 4e une torsion uréthrale (procédé Pousson). Un insuccès par suppuration partielle de la suture périnéale. Chez les 3 autres, très bon résultat immédiat. Une seule des 3 a commencé à récidiver 3 mois après l'opération. — *Troisième groupe*. Comprenant 3 cas de prolapsus totaux et 1 cas de récidive post-opératoire encore peu accentué. Aux restaurations périnéo-vaginales, j'ajoute deux fois une opération d'Alexander, deux fois une hystéropexie abdominale. Un cas d'insuccès (Alexander) à la suite d'un phlegmon grave de la paroi abdominale chez une femme âgée et cardiaque. Les 3 autres malades ont eu d'excellents résultats immédiats. Une seule (hystéropexie) présente au bout de 3 mois 1/2 une récidive partielle (chute du vagin seul). Donc 5 mauvais résultats sur 16 opérées, une étant morte accidentellement sitôt l'opération. En écartant les 2 cas où l'insuccès a été immédiat par suite d'accidents opératoires (suppuration du périnée, phlegmon grave de la paroi latérale de l'abdomen, il reste 3 récidives après guérison temporaire. L'analyse de ces 3 observations dans lesquelles les prolapsus se présentaient à des degrés divers, démontre qu'on avait à faire chaque fois à une dystrophie accentuée (2 cas d'entéroptose dont 1 avec des hernies multiples, sensibilité précoce chez la 3e malade). Il est donc permis de conclure que la dégénérescence des tissus et surtout des muscles, joue un rôle plus important dans la récidive que le degré de la lésion primitive quels que soient le nombre et la nature des opérations de correction.

(*A suivre*). LOMBARD.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 novembre 1896.

Du caillot non rétractile : suppression de la formation du sérum sanguin dans quelques états pathologiques.

A l'état normal, le caillot sanguin se rétracte pour abandonner une certaine quantité de sérum qui l'imbibe comme une éponge. M. HAYEM a constaté que cette propriété disparaît dans quelques états pathologiques, notamment dans le purpura hemorragica, l'anémie pernicieuse progressive protopathique, certains états cachectiques très avancés dans leur évolution, la cachexie paludéenne, certains états infectieux. D'après Hayem, la suppression de la production du sérum coïncide avec une diminution considérable dans le nombre des hématoblastes. Ce qui viendrait à l'appui de cette manière de voir serait le fait que les caillots des liquides dépourvus d'hématoblastes (lymphe, sérosités pathologiques) ne sont pas sensiblemens rétractiles. Ces faits peuvent être utilisés en clinique, en particulier pour distinguer la forme protopathique de l'anémie pernicieuse des états d'anémie extrême confondus souvent avec cette maladie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 5 décembre 1896. — PRÉSIDENCE DE M. CHARRIN.

MM. CLAISSE et JOSUÉ ont recherché *quelles modifications du côté du sang* pouvait produire la surcharge du poumon par des poussières inertes. On sait que, dans le cas de diminution du champ respiratoire, dans la cyanose, etc., il existe de l'hyperglobulie. Les auteurs ont pensé qu'un même phénomène compensateur pourrait s'observer dans l'anthracose ou les pneumokonioses qu'il est facile de pousser expérimentalement à un degré avancé. Mais sur le cobaye, choisi comme animal d'expérience, ils n'ont constaté que des degrés peu importants de modification du sang. Ils en concluent que les pneumokonioses sont peu nuisibles aux échanges respiratoires.

M. MAYET (de Lyon) adresse une note sur l'*influence des injections intra-veineuses de chlorure de sodium sur les leucocytes.* Il pense que le liquide dit physiologique, à 6/1.000, n'exerce, contrairement à ce qu'ont pensé quelques auteurs, et parmi eux M. Malassez, aucune action nuisible sur les globules rouges.

M. HALLION communique le résultat de ses recherches sur l'*influence exercée sur la secrétion urinaire par les injections de chlorure de sodium.* La quantité d'urine est considérablement augmentée et le chlore y apparaît assez vite. Il se substitue aux autres éléments urinaires de l'urine, dont la quantité n'augmente pas en proportion de la quantité de l'urine.

MM. THIERCELIN et LENOBLE rapportent une observation de *fièvre typhoïde chez une jeune fille de seize ans*, chez laquelle le phénomène de l'agglutination des microbes par le sérum existait encore au sixième jour d'une convalescence apyrétique. La malade eut une rechute : ce qui indique combien le signe de l'agglutination est précieux dans ces cas pour le pronostic, et ce qui montre aussi qu'il est surtout, comme le soutient Widal, un signe d'infection et non un signe d'immunisation.

M. MOTY a étudié l'*anatomie pathologique de l'hypertrophie prostatique* et a trouvé qu'elle était pour 63 0/0 des cas constitués surtout par une hypertrophie glandulaire; avec des lésions vasculaires peu marquées, d'autant moins évidentes même, que le tissu glandulaire était plus abondant. Il en conclut que l'artéro-sclérose ne doit pas être la cause de l'hypertrophie de la prostate.

M. GUYON. — On sait que l'*excitation du grand splanchnique* suspend le péristaltisme intestinal. M. Guyon a voulu étudier le mécanisme de cette action et a constaté que, de plus, ce nerf exerce une double action différente sur la couche musculaire intestinale. Il relâche le plan de fibres longitudinales et contracte le plan circulaire.

M COURTILLER apporte quelques faits à l'*étude du pied bot congénital* et de son origine nerveuse. Il montre, dans ces faits, l'existence de lésions médullaires nettes et pense qu'il s'agit d'une lésion de la voie intra-utérine, d'une maladie de la mère déterminant, par l'action de toxines, une lésion des centres chez un fœtus prédisposé.

M. J. NICOLAS (de Lyon) adresse une note sur la *réaction agglutinante provoquée par l'addition de sérum antidiphtéritique* à des cultures de bacilles de Lœffler. Il ajoute que ce phénomène s'accompagne d'une altération très marquée de la virulence.

M. CARNOT a constaté que chez le chien les *pigments normaux*, tel que le pigment choroïdien, injectés en masses suffisantes, paraissent se localiser dans les capsules surrénales.

MM. QUÉNU et LONGULT exposent un dispositif permettant d'opérer sur la paroi thoracique d'un chien sans craindre l'aplatissement du poumon résultant de l'ouverture de la plèvre. Il consiste en un appareil permettant de faire respirer l'animal dans l'air comprimé.

M. CONTEJEAN présente un *chien privé des deux cristallins* et ayant recouvré une partie de l'accommodation.

Elections. — M. CHABRIÉ est élu par 33 voix sur 58 votants. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 décembre. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

La torsion du pédicule des fibromes utérins sous-péritonéaux.

M. SCHWARTZ rapporte un fait très intéressant de torsion pédiculaire d'un de ces fibromes ayant déterminé des accidents de péritonite subaiguë, des adhérences intestinales, une transformation mollaire du fibrome avec dilatation vasculaire, œdème interstitiel, noyaux d'infection. L'ablation par la laparotomie fit cesser tous les accidents et fut suivie d'une guérison complète. Les observations de ce genre sont beaucoup moins fréquentes que pour les kystes de l'ovaire. Le début peut être brusque ou lent. Un certain nombre de faits analogues ont été observés par Cappie, Fritsch, Günther Küstner, etc. Mais, dans la plupart des cas, c'est l'utérus lui-même qui s'est tordu sur son axe, et non le pédicule de la tumeur utérine.

Intoxication saturnine par le lait conservé dans les boîtes de fer-blanc.

M. GAUTIER lit un rapport sur une observation envoyée

par le Dr Duchesne, de Sainte-Anne-d'Auray. La recherche du plomb dans le lait n'ayant pas été faite, les symptômes d'intoxication n'étant pas absolument caractéristique, la pathogénie de ces accidents reste incertaine. A Paris, où le lait est si souvent conservé dans des boîtes de fer-blanc, aucun fait analogue n'est jamais signalé.

Extraction d'un corps étranger de l'œsophage.

M. Péan présente une fillette de quatre ans à laquelle il a pratiqué une œsophagotomie externe pour extraire une pièce de cinq centimes avalée dix jours auparavant. Les tentatives antérieures d'extraction très nombreuses, le gonflement périœsophagien rendaient fort difficile l'extraction directe. L'œsophagotomie exécutée fut suivie d'un très beau succès. M. Péan, par une manœuvre ingénieuse, put même éviter d'ouvrir l'œsophage ce conduit ; mis à nu, il refoula la pièce suffisamment pour la saisir avec des pinces. Ce procédé du refoulement après l'incision, l'emploi des rayons de Rœntgen pour le diagnostic rendent cette observation fort importante.

Valeur hygiénique des éclairages artificiels.

M. Motais (d'Angers) étudie les divers systèmes connus au point de vue : 1° qualité de la lumière et caractère de ses rayons ; 2° viciation et échauffement de l'air ; 3° fixité et quantité de la lumière ; 4° application à l'éclairage publique et privé. Il montre qu'aucun d'eux n'est vraiment satisfaisant et insiste sur la nécessité de nouvelles recherches.

Élections.

M. Huchard est élu dans la section de thérapeutique à la très belle majorité de 74 voix sur 84 votants. M. Mauriac obtient 6 voix et M. Ducastel 4. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 27 novembre 1896. — Présidence de M. d'Heilly.

Infections causées par les bacilles paratyphiques.

M. Achard lit en son nom, et en celui de M. Bensaude, un important travail à ce sujet. Le but de ces auteurs est de démontrer l'existence de maladies ressemblant à la fièvre typhoïde causées par des microbes analogues à celui d'Eberth, mais étant distinctes de la dothiénentérie. La réaction agglutinative permet jusqu'à un certain point de distinguer les infections typhoïdes et paratyphoïdes, mais non absolument, puisque le microbe de la psittacose (infection par les perruches), qui est proche parent du bacille d'Eberth, a produit la réaction (Gilbert et L. Fournier). Deux intéressantes observations de maladies paratyphiques servent de base au travail de MM. Achard et Bensaude. Malgré les rares exceptions signalées par les auteurs, le sérodiagnostic est encore, dans la presque totalité des cas, le seul moyen de diagnostic différentiel entre les infections typhiques et paratyphiques.

Sérum artificiel dans l'infection intestinale des jeunes enfants.

M. Barbier a traité des nourrissons atteints d'infection intestinale par des injections de sérum artificiel à 7 0/0. Il injectait au maximum 15 cc. de sérum, matin et soir. Ces injections lui ont donné d'excellents résultats et il les croit indiquées dans deux circonstances : d'abord avec hypothermie sans perte aqueuse trop excessive et qui, par conséquent, ne nécessitent pas des injections abondantes d'eau salée et ensuite dans les entérites chroniques avec affaiblissement progressif et hypothermie.

M. L. Guinon considère que les doses injectées par M. Barbier sont déjà notables, étant donné le faible poids des enfants en traitement. Il croit que dans les cas de choléra infantile, où il y a d'abondantes pertes aqueuses, on doit injecter de 100 à 150 cc. et que les doses faibles s'appliquent aux états dépressifs qui compliquent chez l'enfant les maladies aiguës.

M. Comby a toujours obtenu de bons résultats par les injections de sérum dans le choléra infantile, mais dans les cas fort graves l'amélioration est toujours passagère.

M. Hayem fait entrer les injections de petites doses de sérum artificiel dans les cadres de la médication sthénique.

Troubles mentaux dans la convalescence des maladies infectieuses.

M. Séglas a constaté des troubles vésaniques passagers chez un enfant de sept ans, convalescent de la fièvre typhoïde. La pathogénie de ces troubles est mal connue. Parfois le malade guérit absolument ; parfois il conserve un certain degré d'affaiblissement mental.

Alimentation thyroïdienne dans le myxœdème.

MM. P. Marie et J. Jolly présentent des photographies constatant l'amélioration de myxœdémateux par l'usage de préparations thyroïdiennes.

Action agglutinante du colostrum.

M. Béclère communique un travail de M. Mossé (de Toulouse), qui a obtenu avec le colostrum de malades atteintes de fièvre typhoïde la réaction agglutinante sur le bacille d'Eberth.

Séance du 4 décembre 1896.

Insuffisance aortique aiguë chez un cycliste.

M. Lannois présente un cycliste qui, à la suite de courses exagérées, eut sans doute une rupture valvulaire au niveau de l'orifice aortique et présente à l'heure actuelle les signes de l'insuffisance aortique.

Diphtérie avec association microbienne.

M. Variot fait part de son autoobservation. Il a été atteint de diphtérie très bénigne, où cependant le streptocoque était associé au bacille de Lœffler. Il en conclut que, cliniquement, les associations ne peuvent être considérées comme un signe de gravité et que, pour se rendre compte de leur influence aggravante, il faut étudier la virulence du microbe, étude trop longue pour être utilisée cliniquement.

Varices œsophagiennes dans les cirrhoses.

M. Ménétrier rapporte un cas de rupture de varices œsophagiennes chez un malade atteint de cirrhose atrophique. L'hémorrhagie abondante par la bouche et le rectum qui en fut la conséquence détermina la mort rapide du malade. L'autopsie permit de constater la thrombose de la branche gauche de la veine-porte.

Infections paratyphiques et sérodiagnostic.

MM. Widal et Sicard, à propos de la dernière communication de MM. Achard et Bensaude, pensent que l'un aurait tort de créer une classe d'affections paratyphiques, ce qui prêterait à la confusion. Le sérodiagnostic est un élément de différenciation certain. Les réactions obtenus avec les bacilles de la psittacose et le coli-bacille sont exceptionnelles et du reste très légères.

M. Ménétrier signale un cas dans lequel la sérosité pleurale d'un typhique n'a pas donné lieu à la réaction agglutinative sur le bacille d'Eberth. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 novembre 1896. — Présidence de M. Ch. Monod.

Péritonite par perforation, suite de fièvre typhoïde.

M. Brun. — Un enfant de 14 ans, à la fin de sa fièvre typhoïde et d'une rechute tirant à sa fin elle-même, avait été pris subitement de douleurs et de vomissements. L'interne de garde pensa à une perforation. Le lendemain, le petit malade était en pleine péritonite septique. Laparotomie ; perforation d'un centimètre, d'où s'échappait un flot de matière. Suture par deux places à la Lambert ; gros drain. L'enfant après 1.500 grammes de sérum ne s'améliora que le troisième jour et resta ballonné ; lavages ; au septième jour, mort en hypothermie. A l'autopsie, la suture avait bien tenu ; mais il existait d'autres perforations de 1 à 2 centimètres d'étendue ; enfin une plaque de sphacèle à la partie supérieure de l'intestin. Il y a des caractères qui mon-

trent la gravité des lésions dans la fièvre typhoïde et rendent compte des insuccès inévitables dans les interventions par perforations, suites de fièvre typhoïde. La multiplicité des perforations, la hâte que l'on a de refermer le ventre, fait que l'on en oublie presque toujours. Il faut insister sur ce fait, qu'il n'est permis d'intervenir que parce que l'état du malade est désespéré.

M. LEJARS a fait deux fois des sutures pour perforations de l'intestin typhique. Dans le 1[er] cas au 15[e] jour, il laissa un drain et le malade mourut le lendemain soir. Dans le 2[e] cas, fièvre typhoïde à forme des plus graves, liquide séreux, jaunâtre et dans la fosse iliaque droite à 15 centimètres du cæcum, sur le bord moyen de l'intestin, une perforation ronde d'un centimètre de diamètre. Drainage à la Mickulicz; injections intraveineuses. Le matin du 3[e] jour, d'une façon assez brusque, il se refroidit et succomba. La suture avait bien tenu; mais il y avait des lésions de fièvre typhoïde intense. Ce cas s'est terminé comme presque tous les cas où l'on est intervenu. Cependant nous aurions eu tort de ne pas intervenir, car nous lui donnions la seule chance de salut qu'il pût avoir.

M. TERRIER a vu un malade, un homme âgé de 30 ans, qui à la suite d'un dîner copieux fut pris de douleurs vives; il diagnostiqua une perforation de l'intestin et trouva une péritonite généralisée. A gauche, anses intestinales agglutinées, et dix perforations intestinales; suture de chaque perforation successivement. Le malade s'éteignit le soir même. Les conditions dans lesquelles on intervient ont une importance considérable sur les résultats de l'intervention. Il est certain qu'une plaie de l'intestin sain permettra une suture beaucoup plus rassurante que si l'on agit sur un intestin déjà atteint, comme il l'est dans la fièvre typhoïde.

Trépanation de l'antre mastoïdien.

M. PEYROT fait un rapport sur un mémoire adressé par M. MOURE (de Bordeaux). Dans tous les cas d'otorrhée chronique, la trépanation est indiquée, dès qu'il survient le moindre symptôme du côté de l'apophyse mastoïde.

Hernie crurale étranglée et appendicite.

M. ROUTIER portait depuis longtemps une hernie qui était maintenue. Au mois de mai, elle devint irréductible, et en 6 jours, sans aucun symptôme fonctionnel, on trouve une petite tumeur dure, crurale. L'incision du sac montra une portion intestinale qui, tirée au dehors, entraîna un appendice long de 15 centimètres. Celui-ci fut réséqué et le cæcum rentré. L'appendice était renflé et dilaté.

M. POTHERAT lit un travail sur *l'amputation totale du pied par le procédé de Syme.*

M. MONOD présente un *appendice réséqué contenant un calcul.*

Ordre du jour de la séance du 16 décembre 1896.

Suite de la discussion sur la *pathogénie de l'appendicite.* Rapport sur un *cas de luxation de l'extrémité supérieure du radius* (M. CHEVASSUS); par M. SCHWARTZ.

Communications : Sur un cas *d'entéropexie* ; par M. VILLEMIN. — Sur un cas *d'arthrite purulente*; par M. JULIEN.

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 19 novembre 1896.—PRÉSIDENCE DE M. A. LEFÈVRE.

M. VINCHON présente une communication sur la *morphologie des lampes antiques;* il fait ressortir l'analogie entre la lampe utilisée chez les Romains, et celle actuellement encore en usage dans certaines contrées de l'Orient.

M. VAUVILLÉ montre à la Société le type *de lampe en usage à Paris au XV[e] siècle,* lequel est absolument identique à celui de la lampe romaine; il ajoute que dans certaines parties de la France, notamment en Auvergne et dans l'Aisne, sa forme a été conservée.

M. SANSON déclare que ce n'est pas seulement en Auvergne et dans l'Aisne que la lampe en question est encore en usage, mais qu'il a constaté également son emploi en Poitou et en Saintonge.

M. le Secrétaire lit le rapport de M. MATHIAS-DUVAL et de la Commission sur le *prix Fauvel.* Il résulte de ce rapport que la Commission propose de partager ainsi le prix : 1,200 fr. à M. Ramon y Cajal (Madrid); 800 fr. à M. Chudzinski.

REGNAULT.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 25 novembre 1896. — PRÉSIDENCE DE M. DUCLAUX.

Alcool et alcoolisme.

M. VALLIN. — Dans l'intoxication par l'alcool, il y deux facteurs, la quantité d'alcool absorbé et sa qualité. Il est regrettable de prétendre, comme le fait un certain nombre d'auteurs, qu'il n'y aura plus d'alcoolisme, quand on ne boira plus que de l'alcool rectifié. Les expériences de M. Laborde, faites dans la précédente séance, ne peuvent pas être ramenées à l'homme. De toutes les causes de l'expansion de l'alcoolisme, c'est le grand nombre des débits de boissons qui va en augmentant tous les jours; en vingt ans, plus de 90,000 débits ont été ouverts en France. M. Vallin demande à la Société d'approuver cette conclusion : l'hygiène est intéressée à la surtaxe du vin et de l'alcool et au dégrèvement du sucre.

M. PINARD. — Dans les volumes publiés par M. Bourneville chaque année, on trouve les faits les plus intéressants sur l'alcoolisme; à propos d'une enquête sur un idiot, M. Bourneville apprend que le père en état d'ivresse a procréé cet enfant. Dans une autre observation, il s'agit d'un enfant épileptique, procréé dans les mêmes conditions. Ces intéressantes observations sont recueillies avec un grand soin par notre éminent collègue, M. Bourneville. A propos de l'alcoolisme, il faut encore citer les scènes qui ont lieu entre mari alcoolique et femme enceinte; ces émotions, ces scènes, ont un effet déplorable sur le produit de la conception. M. Pinard parle également de l'alcoolisme de la femme et de l'alcoolisme de l'enfant.

M. DE GRANDMAISON fait une communication sur *l'alcoolisme chez la femme.* Sur 500 femmes, M. Grandmaison a rencontré 156 alcooliques à la consultation de l'hôpital Laënnec. C'est à l'âge adulte entre 20 et 40 ans que l'alcoolisme fait le plus de ravages. Au point de vue des professions, on voit que ce sont les cuisinières qui sont le plus nombreuses, et les couturières en très petit nombre. A propos de la morbidité, l'auteur n'a pu constater que quatre tuberculeuses et vingt-deux nerveuses.

M. POITOU-DUPLESSIS s'élève contre les préjugés relativement aux qualités nécessaires du vin et de l'alcool sur la santé de l'homme.

M. LABORDE s'élève contre la communication de M. Vallin qui a critiqué les expériences de M. Laborde. Il parle ensuite de l'alcoolisme au régiment.

La prochaine séance sera encore consacrée à la discussion sur l'alcoolisme.

MARTHA.

VARIA

La Médecine et les Médecins dans les théâtres de Paris pendant la saison de 1896.

L'été, on nous offre les Salons, au Champ-de-Mars et aux Champs-Elysées; et, de temps à autre, quelques Petits-Salons sur les Boulevards! On le sait, nous avons, depuis dix ans déjà, pris la coutume d'y dépister les traits de nos confrères (qu'ils tiennent à garder l'anonyme ou à s'en faire une réclame anodine!) et d'y signaler la présence de tableaux ayant trait aux choses de la Médecine.

Cet hiver, nous voulons inaugurer une série nouvelle, et nous vous prions, chers lecteurs, de nous suivre au théâtre. Ami passionné de la scène (même si elle est à faire...), grand amateur de coulisses, vides ou remplies de gais minois poudrés, nous avons fréquenté ces temps derniers les fauteuils d'orchestre les plus divers, dont quelques-uns sont subventionnés; nous y avons fait ample moisson de lestes croquis et de savantes notes. Qu'on nous permette de sortir ces der-

nières, réservant pour l'intimité, — vu le caractère très spécial de notre talent de portraitiste — des illustrations indignes de la presse, même médicale.

Aussi bien la saison est-elle très favorable... Il pleut sans cesse et la bicyclette chôme ; et on a mis des médecins partout. L'Odéon et le Français en regorgent, depuis les *Yeux clos*, le *Danger*, jusqu'à *l'Évasion*. Mais, si vous le voulez bien, nous commencerons par les cafés-concerts : c'est moins prétentieux, et plus à la portée des petites bourses médicales. Aujourd'hui, donc, allons à la Scala, d'où malheureusement Yvette vient de filer.

Trois chansons de notre domaine y sont débitées : deux par les Charat-Girier, avec beaucoup de calme et d'onction : c'est très apothicaire ; l'autre, avec joie et chahut par les Derouville-Mancey : elle sent la salle de garde à plein nez.

Pour la partie pharmaceutique, les deux personnes susnommées ont paru nécessaires pour nous vanter les effets de l'huile de foie de morue. Un malade toujours geignant, très maigre et très hargneux ; un patient, aux joues rebondissantes et d'aspect presque... « mammaire », à la poitrine cossue, à panse de première marque, qui se vante de toujours se bien porter.., parce qu'il boit sans cesse de l'huile de foie de morue. Ça n'est pas très méchant ; mais je conseille aux mères de familles, débordantes de santé, sinon de conduire leurs petites strumeuses à la Scala, du moins d'apprendre ce réconfortant refrain, pour le réciter à leurs enfants récalcitrants et indifférents aux bienfaits du précieux tonique. La chanson, certainement, fera passer l'huile.

Le *Pharmacien occupé*, qui vient après le « *Je bois de l'huile de foie de morue* », est une légère satire des pharmaciens de faubourg. Elle n'a pas grande prétention. Inutile donc de se mettre martel en tête pour découvrir le nom de l'inventeur, que j'ignore d'ailleurs, mais qui doit être un homme du métier. Le Dr Montoya, du Chat-Noir, est bien chansonnier, et le Pr Charles Epheyre poète et romancier !!

Le côté médical, pour être plus gai, plus dansant, plus jeune et plus féminin (il y a une dame dans l'affaire), n'est pas beaucoup plus remarquable. Car le « *Monôme de l'Internat* » n'a certes pas, par contre, été écrit par un interne de profession. C'est du toc, et même du toc de très bas étage. Non seulement l'auteur n'a pas mis les pieds dans un hôpital et les mains à la pâte ; mais il est probable qu'il n'a jamais passé la Seine et grimpé le Boul'Mich, le grand soir d'octobre ! Pourtant, ne critiquons pas Montmartre ! La Butte... Sacrée (puisqu'elle a le Sacré-Cœur), la cervelle artistique de Paris n'a pas daigné monter ce soir là à la Butte savante : voilà tout ! Et elle a triomphé quelques instants plus tard, entre autres avec un joli morceau de ce pauvre Jules Jouy, qui, malgré lui, a réussi à intéresser les médecins à son sort ! Décidément, on en a mis partout...

Marcel BAUDOUIN.

Lutte contre l'alcoolisme.

Dimanche 6 décembre a eu lieu, au grand amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de Médecine, sous la présidence de M. le Pr BROUARDEL, une réunion de la *Ligue nationale contre l'alcoolisme*. M. le Dr Laborde a, par des expériences, prouvé les effets toxiques de l'alcool et des essences employées à la confection des apéritifs et de l'absinthe. M. le Dr Legrain a parlé des effets de l'alcoolisme sur l'individu et sa descendance ; et, par des tableaux, il a fait voir la progression effrayante de la consommation alcoolique et des conséquences qui en résultent. M. le Dr Philbert a remercié au nom de la Ligue le Président et les conférenciers. Il a fait ensuite appel aux auditeurs en leur demandant leur adhésion à la Ligue.

Service de Santé des Colonies.

Uniforme.

L'uniforme du corps de santé des colonies se compose des tenues suivantes. *Médecins inspecteurs de première et de deuxième classe.* GRANDE TENUE. *Tunique* : la tunique est en drap bleu foncé, à deux rangs de boutons avec pattes brodées sur les épaules. *Parements*, broderie circulaire en or sur velours grenat, composée d'une dent de loup encadrant deux branches d'olivier entrelacées de 8 centimètres de largeur. *Collet* : broderie couvrant entièrement le collet, caducée à chaque extrémité. *Pantalon*, en drap bleu foncé à bandes d'or. *Epée* : à poignée d'écaille avec dragonne en or à grosses torsades. *Ceinturon* : en soie bleue et or. *Chapeau monté* : bordé d'un galon à crête et orné de plumes noires frisées. *Boutons* : dorés, timbrés d'un caducée. *Ceinture* : or et soie grenat présentant huit bandes d'or et sept bandes d'or et soie, toutes égales de largeur et disposées alternativement dans le sens de la longueur. *Capote, manteau* et *pèlerine* : avec boutons dorés. PETITE TENUE. *Dolman* : en drap bleu foncé ou flanelle de même couleur, orné aux manches, à 3 centimètres du bord inférieur, d'une broderie sur velours grenat de 4 centimètres, semblable à celle de la grande tenue. *Képi* : en drap bleu foncé, turban en velours grenat, broderie de la hauteur du turban, caducée au-dessus de la visière, quatre montants. — *Médecins en chef de 1re classe.* TENUE. *Dolman* : en drap bleu foncé à une rangée de boutons, cinq galons en or sur parement en velours grenat. Sur l'épaule, pattes en or. Au collet, caducée en or. *Pantalon* : en drap bleu foncé, passepoil rouge. *Képi* : en drap bleu foncé, turban en velours grenat, orné de cinq galons en or, caducée au-dessus de la visière. *Epée* : à fourreau nickelé avec dragonne en or à grosses torsades. *Boutons*, dorés, timbrés d'un caducée. TENUE EN BLANC. *Veston* : droit, à une rangée de boutons ; au collet, suivant les circonstances, caducée mobile, galons mobiles. *Pantalon* : blanc. *Casque* : en liège. *Veston* ou *dolman* : en flanelle de Chine, un seul rang de cinq boutons. — *Médecins en chef de 2e classe.* Même tenue que pour les médecins en chef de 1re classe ; trois galons en or et deux en argent. — *Médecins principaux.* Même tenue ; quatre galons en or. — *Médecins de 1re classe.* Même tenue ; trois galons en or. *Epée*, avec dragonne en or. — *Médecins de 2e classe.* Même tenue, deux galons en or. — *Médecins de 2e classe stagiaire.* Même tenue. Garderont leur galon de l'école jusqu'à leur promotion au grade de médecin de 2e classe. *Képi* : un galon en or. — *Pharmaciens.* La tenue est la même que celle des médecins. Le velours est vert pour le parement du dolman et le turban du képi. — La nouvelle tenue sera obligatoire dans un délai de dix-huit mois.

Chirurgiens-Dentistes et Dentistes.

Les dentistes peuvent-ils prendre le titre de chirurgien-dentiste ? Telle est la question actuellement qui a été posée devant la première chambre du tribunal civil, présidée par M. Laporte. Le syndicat des chirurgiens-dentistes a introduit, en effet, une instance contre un dentiste, auquel il a contesté le droit de prendre ce titre, en s'appuyant sur les termes de la loi du 22 novembre 1892, sur l'exercice illégal de la médecine. M. le substitut Le Bourdellès, dans d'intéressantes conclusions, vient de se prononcer en faveur de la thèse du syndicat. Il a fait observer, en effet, que, si la loi de 1892, dans son article 32, a maintenu « à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes du 1er janvier 1892 » le droit d'exercer l'art dentaire, elle n'en indique pas moins, dans son article 30, paragraphe 2, qu'il existe une différence entre le titre de chirurgien-dentiste et celui de simple dentiste, en décidant « qu'un dentiste qui bénéficie des dispositions transitoires pourra obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste ». Le jugement est remis à huitaine.

La première chambre du tribunal civil de la Seine a donné gain de cause au syndicat des chirurgiens-dentistes, dans ce procès. Elle a jugé, conformément aux conclusions de M. le substitut Le Bourdellès, que le dentiste qui a obtenu le diplôme de chirurgien-dentiste, prévu par la loi nouvelle sur l'exercice légal de la médecine, peut seul prendre le titre de chirurgien-dentiste.

Asile de Convalescence de Vincennes. — Internat.

Le Concours de l'internat de cet asile a eu lieu au Ministère de l'Intérieur. Le jury était composé de MM. A. Regnard, président, Du Mesnil, Bloch, Ladreit de Lacharrière. La composition *écrite* (3 heures) a eu pour sujet : *Vessie* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : Le *diaphragme* ; *texture et fonctions des artères*. La question *orale* (15 minutes) : *Angine de poitrine*. Les deux autres questions étaient : coliques hépatiques ; coxalgie. Le concours a été tout à fait remarquable : dix candidats y ont pris part, cinq ont été reçus. Ce sont, par ordre de mérite : MM. Mignon, Goudard, Poirson, Gouteau et Vollot.

Nous estimons qu'il y aurait tout avantage à ne faire qu'un concours pour les Asiles de convalescence de Vincennes et du Vésinet et pour la Maison nationale de Charenton. Il s'agit de se rendre compte si les candidats possèdent non pas des connais-

sances spéciales, mais des connaissances générales suffisantes pour être de bons auxiliaires des médecins. Les connaissances spéciales s'acquerreront par la pratique et c'est au concours des médecins-adjoints qu'on doit en faire preuve. Le Jury pourrait être composé d'un inspecteur président et des deux médecins de chaque établissement. Il y aurait moins de déplacements de jurys, moins de besogne administrative, plus de candidats et partant plus d'émulation. B.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 14. — 2e *de Doctorat* (2e *partie* : MM. Ch. Richet, Retterer, Heim. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Terrier, Tuffier, Varnier. — (2e *partie*) : MM. Potain, Letulle, Widal. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Tillaux, Marchand, Sébileau. — (2e *série*) : MM. Ricard, Humbert, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Gaucher, Gilles de la Tourette.

MARDI 15. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Albarran, Thiéry. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Berger, Maygrier, Nélaton. — (2e *série*) : MM. Pozzi, Quénu, Bar. — (2e *partie*) : MM. Cornil, Chantemesse, Achard. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). Charité. (1re *série*) : MM. Jaccoud, Debove, Charrin. — (2e *série*) : MM. Laboulbène, Raymond, Marie.

MERCREDI 16. — Médecine opératoire : MM. Terrier, Poirier, Sébileau. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Ricard, Retterer, Walther. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Ch. Richet, André, Widal. — (2e *série*) : MM. Pouchet, Weiss, Gilles de la Tourette. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Peyrot, Tuffier, Varnier. — (2e *série*) : MM. Marchand, Humbert, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Joffroy, Wurtz.

JEUDI 17. — Médecine opératoire : MM. Berger, Hartmann, Thiéry. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Le Dentu, Maygrier, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Laboulbène, Chantemesse, Ménétrier. — (2e *série*) : MM. Raymond, Marie, Charrin. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Debove, Gilbert.

VENDREDI 18. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Retterer, Thiéry. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Necker. (1re *série*) : MM. Terrier, Lejars, Walther. — (2e *série*) : MM. Peyrot, Humbert, Sébileau. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Gilles de la Tourette, Wurtz. — (1re *partie*). Obstétrique. (Clin. Baudelocque) : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 19. — Médecine opératoire : MM. Panas, Le Dentu, Albarran. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Hartmann, Thiéry. — 2e de Chirurgien-dentiste : MM. Pouchet, Gilbert, Quénu. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*). Pitié : MM. Joffroy, Ménétrier, Achard. — (2e *série*) : MM. Raymond, Marie, Marfan. — (1re *partie*). Obstétrique. Clin. d'accouch., rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 16. — M. Rouger. De la rougeole ecchymotique. — M. Herbert. Pathogénie des pleurésies traumatiques non purulentes. — Mlle Reless. Valeur diagnostique de dureté du premier bruit dans le rétrécissement mitral. — M. Seguin. De l'œdème aigu primitif du larynx. — M. Fourmeaux. Des injections sous-cutanées massives de solutions salines. — M. Carrière. Contribution à l'étude des causes de l'incapacité maternelle. — M. Royer. Des hémorrhagies dans les cas d'expulsion d'enfants morts et macérés. — M. Briend. Etude sur les vomissements de la grossesse et sur leur traitement ; emploi de l'eau oxygénée.

JEUDI 17. — M. Andreau. Contribution à l'étude des résultats éloignés de la résection du coude, d'après la statistique de M. le Dr Lucas-Championnière. — M. Croutes. De la parotidite saturnine. — M. Marie. L'infarctus du myocarde et ses conséquences. Ruptures Plaques fibreuses. Anévrysmes du cœur. — M. Ferraez. Contribution à l'étude de l'ophtalmomalacie. — M. Bellin. Contribution à l'étude des rapports entre le mole hydatiforme et le déciduome malin. — M. Helleu. Procédé d'application du forceps, permettant de se passer d'aides expérimentés. — M. Lesage. De la mort subite dans l'aortite ou ses complications. — M. Poncet. Sur la constatation des bacilles de Koch dans les premières manifestations de la tuberculose pulmonaire. — M. Palas. La toux pharyngée chez les enfants.

VENDREDI 18. — M. Buthaud. Recherches sur les causes d'irréductibilité et sur le traitement de quelques luxations du coude primitivement irréductibles. — M. Barbadault. Pathogénie et traitement de l'incontinence d'urine chez les calculeux. — M. Prédhomme. De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes aiguës. — M. Bron. Kystes hydatiques du fémur.

NÉCROLOGIE.

M. le Pr STRAUS (de Paris).

Encore une triste nouvelle ! Depuis deux ou trois ans déjà, M. STRAUS se plaignait à son entourage, avec lequel il vivait dans une si douce familiarité, de souffrances cardiaques et de crises d'angine de poitrine. Personne n'eut pensé, malgré cela, que l'accident fut si prompt, et que le diagnostic, porté sur lui-même par le savant professeur, fut aussi cruellement exact. La fatigue manifeste qu'il laissait voir, malgré son énergie, à chacun de ses cours, paraissait due au labeur considérable de rédaction et de laboratoire, auquel il s'abandonnait tout entier.

Jetons un regard sur cette vie déjà si bien remplie, car Straus n'avait que 51 ans. Né à Dambach, dans le Bas-Rhin, en 1845, il commença en 1862 ses études médicales à Strasbourg et se rencontra là avec M. Mathias-Duval. De leur amitié et de leur collaboration naquit un premier travail sur l'*inflammation*, œuvre de jeunesse, œuvre audacieuse, car elle ne tendait à rien moins qu'à la revision et à la critique du célèbre travail de Conheim sur ce sujet.

M. Straus resta quelque temps à Strasbourg et concourut dans cette ville ; il existe même de lui une thèse d'agrégation, et non des moins bonnes, sur un sujet d'accouchement. Mais il ne devait pas rester isolé dans des fonctions secondaires. Appelé à Paris par des amis qui connaissaient sa valeur, il fut chef de clinique de Béhier, puis médecin des hôpitaux et agrégé de la Faculté.



M. le Pr STRAUS (de Paris).

Lors du choléra d'Egypte, il partit, avec Thuillier, mort là-bas ; il fit, en pleine épidémie, toutes les autopsies et toutes les recherches nécessaires, avec ce peu de souci de sa propre vie, qui était un de ses caractères distinctifs et qu'ont pu remarquer, malgré sa parfaite modestie, tous ceux qui l'ont connu. Il ne revint que l'épidémie éteinte, avec une riche moisson de matériaux, tandis que son rival, le Dr Koch, mieux outillé, mieux défendu, poursuivait sa mission jusqu'au Gange et découvrait là le vibrion du choléra asiatique.

Les travaux d'anatomie pathologique dus à cette campagne n'avaient pas été inutiles. L'étude des réactions cellulaires, des nécroses du foie consécutives à l'action du microbe se trouvait faite en même temps que se découvrait le microbe lui-même.

A la mort de Vulpian, la Faculté tout entière désigna pour la chaire de pathologie expérimentale ce véritable savant, dont les recherches sur le microbe de la vaccine, sur le diagnostic précoce de la morve, avaient fait l'un des hommes les plus désignés pour cette haute situation.

Comprenant l'importance des travaux et surtout de la méthode de Pasteur, Straus s'était mis, en effet, malgré son âge et à cause de son intelligence supérieure, à l'école du grand maître. Il racontait souvent lui-même comment Pasteur lui avait appris à nettoyer une lamelle à l'acide azotique, et d'autres détails de technique, infimes en apparence, mais dont on sentait toute l'utilité dans le cours si précis, si plein de détails indispensables, qu'il faisait avec bonheur, au moins jusqu'à ces dernières années.

Les lecteurs du *Progrès médical* se rappellent avoir eu la primeur des *Leçons sur le charbon*, dont l'élégance, la netteté ont fait un type et un modèle achevé d'exposition scientifique.

Dans son laboratoire, il comprit doublement sa tâche. En même temps qu'un lieu de recherches et de contrôle, il voulait établir un centre de vulgarisation. Servi par son distingué chef de laboratoire, M. Wurtz, et par des aides ayant déjà fait leur preuve, MM. Mosny, Tessier, etc., il était arrivé au double résultat rêvé. D'une part, il produisait devant les Sociétés scientifiques un grand nombre de travaux originaux. Qu'on se rappelle les distinctions entre la tuberculose humaine et la tuberculose aviaire, entre le coli-bacille et le bacille d'Eberth, etc.; d'autre part, il distribuait à tous ceux qui voulaient en profiter cet enseignement si précis, si méthodique, dont il était allé chercher auprès de Pasteur, les premières leçons.

Dans ces derniers temps, déjà fatigué, il avait consacré son temps à une œuvre considérable, la *Tuberculose et son bacille*, livre devenu classique, et dont l'éloge n'est plus à faire.

Parlerons-nous maintenant de Straus comme savant? Il était l'homme exact et précis, jamais content, multipliant les recherches et les démonstrations à dessein. « Car, disait-il, quand vous êtes tombé sur une chose vraie, tout la confirme, et cela va tout seul. » Son amour de la méthode l'a porté à inventer une foule de dispositifs d'une utilité reconnue, et dont le type est la seringue type Pravaz, stérilisable à l'eau bouillante.

Comme professeur, il était tout de clarté et de netteté, mais incapable d'une envolée, lié à son texte et alourdi par son accent. En revanche, il écrivait admirablement le français, et les articles du Dictionnaire Jaccoud, sur la syncope par exemple, les leçons qu'il a publiées, enfin tout ce qu'il a fait témoigne d'un souci littéraire bien rare à notre époque où l'écriture médicale est plutôt lâchée, pour employer le terme à la mode. On peut affirmer que si Straus n'était pas, et loin delà, le meilleur orateur de la Faculté, il en était à coup sûr le meilleur écrivain. Ceux à qui cet éloge paraîtrait exagéré n'ont qu'à relire quelques pages du défunt.

Médecin des hôpitaux, Straus partagea le sort commun des hommes de laboratoire. On l'accusa de négliger la clinique. Pourtant nombre de ses travaux sont de pure clinique et témoignent d'une vue pénétrante; pourtant ceux qui l'ont vu examiner un malade savent que dressé, et durement, comme il se plaisait à le rappeler, à l'école de Béhier, il savait autant et mieux qu'un autre retourner son malade. Du reste, le service de l'hôpital ne restait pas inactif dans ses mains, et les trouvailles du laboratoire y rencontraient presque immédiatement une application féconde. C'est ce qu'ont montré ses travaux sur la lymphe de Koch, à Laënnec, ceux sur la présence du bacille de Koch dans les voies aériennes chez le personnel hospitalier, étudiants ou infirmiers. En résumé, cet homme, qui passait pour ne pas faire de clinique, en faisait plus que beaucoup, et la faisait surtout utile.

Je suis maintenant gêné pour parler de l'homme. Sous des dehors un peu rudes, avec des rapports entremêlés de temps en temps de véritables colères d'Alsacien, tombant comme la foudre dans un ciel pur, sur le malheureux qui se trouvait là, c'était un caractère enthousiaste, épris du beau (une de ses passions était l'architecture), grand liseur, grand observateur, et, dans sa jeunesse, véritablement fougueux et emballé. C'est ce Straus, peu connu, qui s'est embarqué pour l'Egypte! C'est lui aussi qui cherchait à exercer sur ses élèves un véritable patriarcat, les accueillant, les recevant, les traitant chez lui comme ses enfants, respectant en eux l'avenir, et tentant de le leur préparer le plus glorieux possible et le plus profitable pour le pays.

Ses obsèques et l'incinération ont eu lieu le mercredi 9 décembre. Ni rabbin, ni couronnes, ni discours.

Parmi les travaux de M. Straus, nous citerons notamment : « *Essai sur la dégénérescence des muscles*, thèse inaug., 1868; — *De la rupture du périnée chez la femme*, thèse d'agrégation, Strasbourg, 1869 ; — *Des contractures*, thèse d'agrégation, Paris, 1875 ; — *Des ictères chroniques*, thèse d'agrégation, Paris, 1878; — *Traité de diagnostic médical*, en collaboration avec Fernet. — Articles dans le *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques* : Embolie, avec M. Hirtz; — Hydropisie; — Lait; — Muqueuses; — Muscle (pathologie médicale); — Opium, avec M. Hirtz, etc.

M. Straus a fait de nombreuses communications à la Société de Biologie, à la Société médicale des Hôpitaux et à l'Académie des Sciences. Il a publié, dans les *Archives de Neurologie*, un mémoire intéressant intitulé : *Des ecchymoses tabétiques à la suite de crises de douleurs fulgurantes*, et dans le *Progrès médical* ses leçons sur *le Choléra* et sur *Le Charbon des animaux et de l'homme*. Ces dernières ont été réunies en volume. Il a collaboré aussi à différents journaux, notamment aux *Archives de physiologie*, et aux *Annales de l'Institut Pasteur*, etc. Son dernier ouvrage est intitulé : *La tuberculose et son bacille*.

La bonne foi de M. de Pietra Santa.

Nous recevons ce soir jeudi, en même temps que la mise en pages du *Progrès Médical*, une lettre de M. de Pietra Santa. A moins d'une nouvelle justification du titre qui précède, nous publierons cette lettre la semaine prochaine.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 22 nov. au samedi 28 nov. 1896, les naissances ont été au nombre de 1 082, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 373; illégitimes, 173, Total, 546. — *Sexe féminin* : légitimes, 386 ; illégitimes, 150. Total, 536.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 22 nov. au samedi 28 nov. 1896, les décès ont été au nombre de 891, savoir : 476 hommes et 415 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 3, T. 4. — Typhus: M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 2, T. 2. — Rougeole: M. 3, F. 0, T. 3. — Scarlatine: M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche: M. 2, F. 8, T. 10. — Diphtérie, Croup : M. 2, F. 3, T. 5. — Grippe: M. 1, F. 3, T. 4. — Phtisie pulmonaire : M. 113, F. 54, T. 167. — Méningite tuberculeuse : M. 14, F. 9, T. 23. — Autres tuberculoses : M. 20, F. 9, T. 29. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 17, F. 27, T. 44. — Méningite simple : M. 13, F. 8, T. 21. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 29, F. 26, T. 55, — Paralysie, M. 8, F. 2, T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 5, T. 11. — Maladies organiques du cœur: M. 27, F. 39, T. 66. — Bronchite aiguë : M. 13, F. 9, T. 22 — Bronchite chronique: M. 8, F. 12, T. 20. — Broncho-pneumonie : M. 21, F. 15, T. 36. — Pneumonie: M. 13, F. 19, T. 32. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 27, F. 37, T. 64 — Gastro-entérite, biberon : M. 7, F. 5, T. 12. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 2, T 5. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 3, T. 4. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 4, T. 4. — Fièvres et péritonite puerpérales: M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 11, F. 9, T. 20. — Sénilité : M. 12, F. 20, T. 32. — Suicides: M. 8, F. 3, T. 11. — Autres morts violentes : M. 10, F. 4, T. 14. — Autres causes de mort : M. 84, F. 64, T. 148. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 2, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 98, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 33, illégitimes, 21. Total : 54. — *Sexe féminin* : légitimes, 25, illégitimes, 19. Total: 44.

Université de Montpellier. — *Troubles lors de l'Inauguration.* — L'inauguration de l'Université de Montpellier a été l'occasion de troubles qui ont commencé toute une après-midi, et se sont continués durant toute la soirée. Dès une heure, tout le parterre, les fauteuils, les stalles, le parquet du Grand-Théâtre étaient envahis par les étudiants, qui applaudissent ou conspuent les personnes qui entrent dans la salle, suivant qu'elles leur sont sympathiques ou non : ils acclament le préfet, les sénateurs, les députés; mais lorsque le maire et ses adjoints apparaissent, les

étudiants veulent protester contre leur exclusion du banquet; des sifflets éclatent; on crie « Hou! hou! » Vainement le recteur s'efforce de réclamer le silence, on l'applaudit; mais on continue à huer la municipalité. Le silence enfin rétabli, le recteur a fait dans un discours magistral l'historique de l'université. Puis M. Sabatier a lu le rapport sur l'année scolaire. Quand il arrive à parler de la création récente de la *chaire de microbiologie* faite par la ville, les étudiants recommencent le tapage. A la fin de la cérémonie, de nouveaux coups de sifflets se font entendre. Au dehors, la gendarmerie à cheval et à pied et la police avaient fait évacuer les abords du théâtre; mais les manifestants rompent le cordon et suivent le maire en criant : « Démission! Conspuez! » Une nouvelle charge est faite et la foule se disperse. A six heures du soir, un banquet de 240 couverts a eu lieu salle des Concerts. A la sortie, les manifestations hostiles au maire recommencent; les gendarmes, les agents forment un carré devant le théâtre, empêchant les rassemblements. Des bousculades se produisent. Des arrestations sont faites. Pendant la représentation de gala, les mêmes désordres se répètent. MM. Galtier et Déandreis, sénateurs, qui passent, sont pris dans une rafle. Un monôme, qui était allé manifester devant le domicile du maire, est dispersé; des cannes sont cassées, des étudiants conduits au poste. Ces scènes se reproduisent jusqu'à une heure du matin. Les gendarmes font des patrouilles jusqu'à deux heures du matin, dispersant les manifestants.

UNIVERSITÉ DE LYON. — *Inauguration.* — Les fêtes données pour l'inauguration de l'Université de Lyon ont commencé par une représentation de gala au Grand-Théâtre. Puis a eu lieu la séance d'inauguration, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le Dr Gailleton, professeur à la Faculté de médecine et maire de Lyon; des discours ont été prononcés par MM. Gailleton, Compayré, recteur de la nouvelle université, Aynard, député du Rhône, Mangini, président de la Société des amis de l'Université et par le président de l'Association générale des étudiants. Après la séance, l'Association des étudiants a offert dans son cercle un punch aux professeurs de l'université. Un banquet à l'hôtel de ville a clôturé la journée.

Don. — Au cours du discours prononcé à la cérémonie d'inauguration de l'Université de Lyon, M. le recteur Compayré, a fait connaître que l'Université de Lyon reçoit pour son baptême un brillant cadeau. Un ami de l'Université, un Lyonnais, par un acte déjà notarié, lègue la somme de cent mille francs. Ce généreux donateur est M. Auguste Falcouz, banquier à Lyon. L'emploi de la rente de cette donation est ainsi déterminé : toutes les deux années, il sera donné quatre *prix* de 1,000 francs à chacun des élèves des quatres Facultés (sciences, lettres, droit, médecine), auteurs du meilleur mémoire sur une question d'actualité; tous les étudiants français âgés de moins de trente ans pourront concourir; le sujet du concours sera seulement établi par le Conseil de l'Université lyonnaise un an d'avance; et cela sur les propositions séparées des conseils des quatre Facultés. Ces prix porteront le nom de « Prix Etienne Falcouz », en mémoire du père du donateur. De deux ans en deux ans, la rente sera employée à l'achat d'instruments pour le laboratoire des Facultés des Sciences et de Médecine. Enfin, dans cinquante ans, l'Université reprendra toute sa liberté d'action pour disposer du capital au mieux des besoins nouveaux créés par l'évolution scientifique d'un demi-siècle.

UNIVERSITÉ DE PARIS. — *Conseil.* — Le Conseil de l'Université de Paris s'est réuni cette semaine, sous la présidence de M. Gréard, vice-recteur. M. Himly, vice-président, a exprimé à M. Gréard les félicitations du conseil pour sa promotion à la dignité de grand-croix de la Légion d'honneur. Le conseil a voté à l'unanimité le maintien de la chaire vacante suivante. Faculté de médecine. Chaire de pathologie interne vacante par le transfert de M. Dieulafoy à une chaire de clinique chirurgicale en remplacement de M. G. Sée, décédé. Le conseil a autorisé M. Leidié, agrégé, en exercice à l'Ecole supérieur de pharmacie, à faire, dans le courant du premier semestre de la présente année scolaire, des conférences préparatoires au cours de chimie organique.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — A la dernière réunion du Conseil académique de Paris, M. Darboux a rendu compte des travaux de la Faculté des sciences pendant l'année scolaire 1895-96. Le nombre des étudiants s'est élevé de 845 en 1894-1895, à 1,087 en 1895-1896, parmi lesquels 108 étrangers, dont 18 femmes; celui des inscriptions prises est de 2,333, dont 756 pour la licence et 1,577 pour le *certificat d'études P. C. N.* (sciences physiques, chimiques et naturelles). Celui des boursiers est de 19; 12 ont été admis au grade de licencié, 8 ont été reçus aux concours d'agrégation. Le nombre des examens de licence s'élève de 305 à 342, dont 153 admissions, au lieu de 115. En ce qui concerne le *certificat d'études P. C. N.*, qui intéresse les médecins au plus haut titre, 34 thèses pour le doctorat ont été présentées, 32 ont été admises. L'ensemble des examens de baccalauréat subis devant la Faculté des sciences est de 1,566 en 1895-1896, au lieu de 2,426 l'année précédente; la diminution tient à la suppression du baccalauréat ès sciences proprement dit. Les membres de la Faculté des sciences ont, en outre, pris part à 7,137 examens subis devant la Faculté des lettres.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — En 1895 le nombre des élèves est de 1,869, supérieur de 67 à celui du précédent exercice. 1,284 canditats postulent le diplôme de 1re classe; 585 celui de 2e classe, dont l'École ne cesse de réclamer la suppression. Elle constate avec regret que le chiffre des stagiaires de 2e classe s'accroit, tandis que celui de la 1re classe diminue. Le nombre des *femmes* est de 1 pour la 1re classe et de 6 pour la 2e. Celui des étrangers est de 27. Le nombre des élèves nouveaux, qui était de 328 en 1884-1895, a atteint 341 en 1895-1896. 234 candidats ont obtenu le diplôme de pharmacien, soit 54 de plus que l'année précédente; l'école n'est pas sans inquiétude sur leurs débuts dans une carrière encombrée et devenue difficile à exercer. Le nombre des examens de toutes sortes subis dans l'établissement est de 2,383, soit 274 de plus que l'an dernier. Cet accroissement porte sur tous les examens, sauf sur ceux des herboristes, qui subit une diminution. Et il ne faut pas le regretter. Au témoignage des fréquentes inspections faites dans ces officines, elles fournissent trop souvent au public qu'elles trompent des produits de qualité inférieure, parfois même dangereux. En ce qui concerne la *bibliothèque*, le chiffre des lecteurs qui, jusqu'ici, avait été inférieur à 15,000, a atteint 18,307, dont 4,342 aux séances du soir.

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE. — Le concours d'agrégation de chirurgie s'est terminé par la nomination de MM. SIEUR et LOISON.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE LILLE. — Par décret en date du 2 décembre 1896, M. SURMONT, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé professeur à ladite Faculté.

ECOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT. — Un concours s'ouvrira, le 8 juin 1897, devant la Faculté de Médecine de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de Médecine de Clermont.

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES ET PAYS DE PROTECTORAT. — Par mesure transitoire, les médecins stagiaires du corps de santé des colonies sortant de l'Ecole de Bordeaux et entrés avant le 1er janvier 1897 porteront la même tenue que les médecins de deuxième classe titulaires.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE. — Cette société a tenu cette semaine son banquet annuel à l'hôtel Continental, sous la présidence de M. Duclaux, membre de l'Académie des sciences, directeur de l'Institut Pasteur. Une centaine de membres avait répondu à l'appel du comité, dirigé par MM. Napias et Philbert. Parmi les convives, on remarquait en outre MM. Cordelet et Cornil, sénateurs, Delbet, Dron, Chautemps et Trélat, députés, Bruman, secrétaire général de la préfecture de la Seine, Leroux, directeur des affaires départementales, Bouvard, inspecteur général des services d'architecture, Clément, chef de cabinet du président du Conseil municipal, remplaçant M. Baudin, Cheysson, inspecteur général des ponts et chaussées, etc. etc. Au dessert, plusieurs toasts ont été portés par MM. Napias, Duclaux et Brouardel, qui ont rendu hommage à la mémoire de Pasteur; Cordelet, Cheysson et Gariel, qui ont célébré les bienfaits et les progrès de l'Hygiène publique.

L'INSTITUT PASTEUR DE LILLE. — Au commencement d'octobre dernier, un ouvrier chaudronnier, Victor Tibodo, âgé de vingt-six ans, avait été mordu à la main par son chien, un fox terrier, chien ratier, qui, après avoir détruit plusieurs rats dans la cour d'un voisin, se jeta sur son maître. Le chien fut abattu et reconnu atteint de la rage. Tibodo se rendit immédiatement à l'institut Pasteur, à Lille, et suivit un traitement pendant neuf jours; il fut alors pris de fièvres intermittentes conctractées pendant son service militaire au Tonkin et cessa de suivre les prescriptions du Dr Calmette, directeur de l'institut. A la suite d'un accès violent, il fut transféré à l'hôpital, où il vient de mourir. A la suite de cette mort, l'institut Pasteur de Lille communique aux journaux une note disant que ce décès est le premier depuis la fondation de l'établissement. Des 294 personnes inoculées, aucune n'a succombé, et Tibodo aurait certainement guéri s'il eût suivi le traitement jusqu'au bout.

HOPITAUX DE PARIS. — *Hôpital Hérold.* — Par suite de la désaffectation de l'hôpital Trousseau, l'hôpital Hérold sera transformé en hôpital d'enfants, et deux autres hôpitaux d'enfants seront construits rue Michel-Bizot et rue Etex.

Concours de l'Externat. — Questions récemment posées : anatomie : *Configuration intérieure du cœur.*, *Description de*

la face inférieure de l'encéphale. Enveloppes du testicule Muscles moteurs du globe oculaire. Vésicule biliaire. — Pathologie : *Signes de la coxalgie. Signes et diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac. Traitement de l'angine diphtérique et du croup. De l'examen des crachats. Séméiologie de la langue.*

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours d'Internat.* — Jury : MM. Broca, Renault, Boudria, Dubuisson, Charpentier. Féré, Briand. Ouverture du concours le 7 décembre. Question posée à l'écrit : *Plexus brachial* (an. et phys.).

MÉDECINS DE LYCÉES. — M. le Dr MARÉCHAL, médecin du petit lycée de Brest, est nommé médecin du lycée de Brest, en remplacement de M. le Dr Carof, démissionnaire. — M. le Dr VERGNIAUD est nommé médecin du petit lycée de Brest, en remplacement de M. le Dr Maréchal.

MÉDECINS INSPECTEURS DES ECOLES. — Par arrêté du préfet de la Seine, notre ami. M. le Dr Lucien BUTTE, ex-chef du laboratoire de l'hôpital Saint-Louis, est nommé médecin inspecteur des écoles.

NOMINATIONS. — Est nommé membre de la commission supérieure du travail dans l'industrie, pour une nouvelle période de quatre années, M. le Dr Napias, membre du comité consultatif d'hygiène publique en France.

LE CHOLÉRA. — *Egypte.* — Le choléra, qui depuis trois semaines n'a pas fait une victime dans toute l'Egypte, n'y est plus depuis longtemps qu'un choléra-fantôme. Les dangers de l'épidémie ont constamment été très exagérés en Europe; ils sont nuls maintenant. Le mal ne s'est pour ainsi dire pas attaqué aux Européens, même aux moments les plus graves. C'est à peine si l'on en cite dix qui aient péri de choléra. L'élément indigène seul a été éprouvé. Et vraiment, pour tous ceux qui savent quelles répugnances la plupart des indigènes ont manifestées pour toutes les mesures hygiéniques prises pour les sauvegarder, il n'y a rien d'étonnant que cette épidémie, qui n'en a pas été une à proprement parler, n'ait pas pu être détruite plus rapidement et plus facilement. Les choléras précédents avaient causé des ravages, avaient frappé à toutes les portes, avaient abattu des centaines de victimes par jour. Celui-là n'a pas été aussi féroce. On peut déplorer les pertes qu'il a causées; mais, de là à mettre l'Egypte à l'index, il y a loin. En Europe, on a grossi le mal. Les dépêches lancées du Caire étaient faites d'ailleurs pour effaroucher les plus audacieux. Elles donnaient toujours, comme paraissant être celui de la capitale seule, le nombre de décès de toutes les provinces de la haute et basse Egypte. Ce chiffre n'avait alors, en effet, rien de rassurant; et pourtant il n'atteignait pas celui des cas quotidiens du Caire seul lors des grandes épidémies de 1883 ou 1885. On s'est étonné au Caire des craintes manifestées en Europe.

Arabie. — La ville de Mouna, d'après M. le Dr Legrand, résumant l'opinion commune, est le foyer où éclatent ces épidémies qui tuent des milliers de pélerins et accompagnent les autres au retour. Pour M. Courtellemont, qui vient d'accomplir un célèbre voyage à la Mecque, ce n'est ni à Mouna, ni à la Mecque que le choléra prend naissance. Son origine est indienne : il est importé dans le Hedjaz par les pélerins indiens, qui viennent chaque année en fort grand nombre, attirés plus encore par l'intérêt commercial que par le sentiment religieux. Protégés anglais, ils viennent vendre des produits anglais; et ainsi s'explique la mansuétude à leur égard des autorités sanitaires de Bombay et d'Aden. Une fois à la Mecque, le choléra fait rage, au milieu de cette multitude épuisée par la route; désormais il triomphe : aucune mesure, rien ne peut prévaloir contre lui. Le choléra a paru dans le Hedjaz, en ces vingt dernières années, sept fois : 1877, 1881, 1882, 1883, 1890, 1891, 1893. « Qu'il serait facile, dit M. Courtellemont, d'éviter cet état de choses par l'emploi des plus élémentaires précautions, *à l'arrivée des pélerins* INDIENS ! »

LA PESTE AUX INDES. — Plusieurs Européens sont atteints de la peste à Bombay; deux sont morts hier. Le gouvernement a nommé quatre médecins spéciaux. La mortalité résultant des autres maladies contagieuses augmente toujours.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr Ph. BARRAUD (de Paris) vient de succomber prématurément, à l'age de 57 ans, à une maladie cardio-pulmonaire, qui le tenait, depuis quelques temps déjà, éloigné de ses occupations professionnelles et artistiques. C'était, en effet, à la fois, un médecin distingué, quoique des plus modestes, et un artiste des plus habiles en dessin et en peinture. Il s'était particulièrement adonné aux dessins anatomiques et anatomopathologiques, dans lesquels il excellait; et il a rendu, de ce coté, de signalés services à la science et à la clinique. C'était, en même temps, un homme des plus aimables. (*Trib. méd.*). — M. le Dr Camille de FRIESS, médecin en chef de l'hôpital français de Jérusalem. M. de Friess, qui se trouvait en congé à Ajaccio, a succombé à un accès de fièvre pernicieuse contractée à Jérusalem d'où il arrivait. — M. le Dr LECOMTE (d'Eu, Seine-Inférieure), décédé à l'age de 93 ans. — M. le Dr DUBOURG (de Mayenne), décédé à l'âge de 59 ans. — M. le Dr ROUX père (de Brignoles), professeur de thérapeutique à l'Ecole de Médecine de Marseille. — M. le Dr BERTHET, député de la Savoie. — M. le Dr BESNARD (de Saumur). — M. le Dr WEDRYCHOWSKI (de Messimy). — M. le Dr Th. BOUSSUGE (de Lyon). — M. le Dr PLACET (de Versailles).

Chronique des Hôpitaux.

H. DE LA PITIÉ. — SERVICE DE M. ALBERT ROBIN. *Enseignement des Stagiaires.* (Décembre 1896). — 1° Leçons à l'amphithéâtre : (Clinique et thérapeutique), par M. A. ROBIN, le lundi. La première leçon aura lieu le 14 décembre. — 2° Conférences complémentaires (au laboratoire) : M. Michel, lundi 7 décembre, leçon clinique ; mardi 1er décembre, les angines de la scarlatine; mardi 8 décembre, leçon clinique; mardi 15 décembre, les complications articulaires de la scarlatine. — M. Londe, mardi 22 décembre : des paralysies faciales. — M. Bardet, mercredi 2, 9, 16 et 23 déc.: conférences sur l'hygiène alimentaire. — M. Georges Baudouin : jeudi 3 décembre, des eczémas. — M. Leredde, jeudi 10, 17 et 24 décembre : pathologie et clinique. — M. Küss : vendredi 4, 11 et 18 décembre, conférences de séméilogie médicale. — M. Londe : samedi 5 et 12 décembre, leçon clinique. — M. G. Baudouin, samedi 19 décembre, des eczémas (suite).

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. P. MARIE. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses*, le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. FÉRÉ, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. BOURNEVILLE, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement, soit DOUZE FRANCS. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

Le Rédacteur-Gérant: BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCCr), RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IV. N° 51. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 19 DÉCEMBRE 1896.

Le Progrès Médical



CLINIQUE MÉDICALE

CLINIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES DE SAINT-PÉTERSBOURG.
M. le Pr **B. TARNOWSKI**.

Le réflexe tendineux du genou dans la syphilis;

par le Dr VALENTIN ZAROUBINE.

La pathologie du système nerveux dans la syphilis en général, et l'étude des fonctions du système nerveux central au point de vue de son activité réflexe en particulier, constituent forcément l'une des questions de neurologie peu développées et sont le point faible de la science médicale.

L'état du système nerveux central dans la période secondaire de la syphilis présente un intérêt considérable au point de vue scientifique, car bon nombre de phénomènes dans la période condylomateuse démontrent indubitablement l'existence d'une affection sympathique de l'organe central pendant cette période de la maladie. C'est un fait depuis longtemps avéré que les désordres dans la sphère motrice et la sphère sensorielle accompagnent assez souvent les phénomènes secondaires de l'efflorescence syphilitique. Par contre, c'est à peine si on a ébauché l'étude des phénomènes réflexes, lesquels, étant dûment recherchés, nous donneraient la clef de toute une série de conclusions importantes sur l'état et les modifications dans la moelle épinière, chez les syphilitiques récemment infectés.

Dans tous les cas, une explication claire et précise de la valeur scientifique des réflexes dans la syphilis et des exigences qui leur doivent être imposées présentement ne saurait manquer d'utilité.

La question sur l'état de l'activité réflexe au début de l'infection syphilitique générale vient d'entrer sur le terrain scientifique tout récemment, et, certes, son histoire est encore incomplète. A ma connaissance, les premières indications ayant trait au sujet qui nous occupe, parurent dans la littérature en 1881.

Jarisch (1) avait remarqué l'augmentation des réflexes cutanés et tendineux dans la période initiale de la syphilis. Finger (2) avait fait des recherches très suivies, (Vienne, Clinique du Pr Zeissl) sur les réflexes cutanés et tendineux dans les cas récents de la syphilis à la période secondaire; son attention se portait tout particulièrement sur l'éruption et l'évolution de l'exanthème syphilitique primitif. Les recherches portaient sur des syphilitiques tantôt à la période initiale de la maladie, trois à six semaines après l'infection, avec accident primitif, tantôt au moment même qui précède l'éruption ou bien au début des phénomènes d'éruption. Dans la série des réflexes cutanés, Finger avait étudié le réflexe des téguments de l'abdomen, du muscle crémaster et le réflexe plantaire; dans la série des réflexes tendineux le phénomène du genou, celui du pied, le réflexe des adducteurs, de la malléole (Knöchelphænomen) et l'excitabilité du biceps et du triceps brachiaux. Malheureusement, ces recherches se faisaient suivant le procédé clinique ordinaire n'ayant aucune valeur pour les observations précises; ainsi pour les réflexes cutanés on se contentait de passer sur les parties correspondantes le marteau à percussion et pour les réflexes tendineux de donner un coup en se servant du même instrument. On sait que la condition physiologique du phénomène des réflexes cutanés réside dans l'excitabilité suffisante des centres réflexes; or, des fois à l'état normal même de cette dernière est si faible que certains réflexes font défaut. Par conséquent, il est de toute nécessité d'observer une grande réserve quant aux conclusions sur l'état morbide ayant pour point de départ l'absence des réflexes cutanés ou leur degré quelconque. Pour ce qui est des réflexes tendineux, la force de la contraction résultant du coup frappé sur le tendon du genou ne présentait pas dans les recherches de Finger une quantité constante, pouvant être mesurée avec précision, par conséquent l'appréciation de son élévation ou de sa diminution est très douteuse. Il est certain que le procédé ordinaire dont on se sert pour l'examen des réflexes donne lieu à toute une série de conclusions erronés qui influent plus ou moins sur la justesse des résultats obtenus. Or, malgré l'insuffisance des méthodes employées, Finger prend la liberté d'énoncer les oscillations typiques de l'excitabilité réflexe qu'il prétend avoir trouvées avec une grande constance, notamment au moment qui précédait l'éruption et au début de cette dernière il y avait une élévation de l'excitabilité réflexe suivie immédiatement par une diminution, et puis l'excitabilité réflexe augmentait lentement, peu à peu, mais elle n'arrivait à sa hauteur normale que plusieurs semaines après la disparition de l'exanthème.

Ainsi cette question d'importance et d'intérêt majeurs n'a pas encore été défrichée jusqu'à présent. La pauvreté de nos connaissances dans la région donnée demande instamment à être comblée par des observations systématisés. Ce manque de notions soulève bien des plaintes.

En vue de ces considérations, goûtant les progrès de la syphiligraphie, j'entrepris avec le plus vif intérêt une série d'observations sur l'activité réflexe dans la période secondaire de la syphilis constitutionnelle. J'ose croire que la publication de ces recherches cliniques, conduites dans le but d'élucider la question à laquelle je me suis attaché pour le moment, présentera un certain intérêt pour mes collègues. D'un côté les résultats curieux que j'ai obtenus dans mes observations bien que peu nombreuses, mais systématisés avec soin et précision, d'un autre côté la difficulté qu'on a à se procurer des matériaux cliniques bons pour les recherches (1) me serviront d'excuse à vouloir les publier. Tel est le problème principal que je me propose de résoudre dans la suite de ce travail.

(1) Adolph Jarisch. — *Wiener medic. Blatter*, 1881, nos 12 et 13, p. 353 et les suiv.

(2) E. Finger. — *Ueber eine constante Nerv. Stœrung bei florid. Syphilis* in *Vierteljahresschr. f. Dermatol. und. Syph.*, 1881, p. 255.

(1) Pour différentes raisons, les syphilitiques n'entrent qu'à contre-cœur à l'hôpital pendant la période initiale; généralement, ils s'y présentent lorsque des symptômes secondaires font irruption.

Mais avant d'aborder l'exposé de mes observations personnelles je crois nécessaire de faire un résumé du procédé général des expériences, c'est-à-dire de la méthode et des matériaux dont je disposais pour mes recherches.

Pour la constatation de l'état des réflexes je me bornerai à la recherche du réflexe du genou seulement en premier lieu à cause du procédé à part que j'ai employé, procédé qui ne s'adapte qu'au phénomène du genou (Kniephænomen); or, on n'ignore pas qu'en comparaison avec le phénomène du genou tous les autres réflexes tendineux présentent un intérêt secondaire, vu leur inconstance, et, que l'état du réflexe du genou implique jusqu'à un certain degré une excitabilité réflexe identique d'autres groupes musculaires.

J'avais observé toutes les conditions favorisant l'étude de l'excitabilité réflexe. Les recherches se faisaient autant que possible dans les conditions identiques, dont la négligence pourrait être la source de très grandes erreurs et de la discordance dans les opinions des observateurs. L'une de ces conditions indispensables est une posture identique du sujet; Ballet (1) décrit un malade chez lequel les réflexes manquaient lorsqu'il était couché; ces réflexes apparaissaient nettement quand il était assis. La seconde condition importante c'est que l'observation du phénomène doit se faire à la même heure du jour invariablement; Lombard (2) dans ses expériences (faites sur lui-même) avait constaté que l'intensité de l'excitabilité réflexe change considérablement dans les 24 heures, notamment, le réflexe du genou atteint son maximum après le déjeuner, il est à son minimum au matin; vers l'heure du dîner ce réflexe diminue d'intensité, après dîner il devient de nouveau plus accentué; au soir on remarque une nouvelle chute du réflexe. Je me suis servi de ces indications précieuses sans en négliger aucune.

Pour déterminer l'intensité de la contraction du muscle quadriceps fémoral, je me servais de l'instrument inventé par Alélékoff (3) dans ces derniers temps. On trouve une description détaillée de cet appareil (avec des dessins) dans sa thèse de doctorat élaborée à la clinique du Pr Merjeïewski; cependant, je fus obligé d'apporter quelques modifications à cet appareil. Je me fais un devoir d'en donner une idée sommaire ici-même.

Deux cercles en zinc, à axe unique, sont assujettis des deux côtés d'un tabouret; l'un deux, le plus grand, est fixe et présente une échelle à graduation; le second, le plus petit, se met sur l'axe, avec une aiguille fixée au cercle et un bouton faisant saillie; ce cercle peut tourner autour de son axe, où se trouve aussi un levier à bras horizontal qui s'en écarte dans la direction verticale; le levier a un mouvement libre de rotation autour de l'axe, étant séparé du petit cercle par des traverses. En soulevant le levier jusqu'au niveau du bouton, on fait tourner en même temps le petit cercle et l'aiguille parcours l'arc gradué; en abandonnant le levier à lui-même, on le fait revenir à sa position verticale, sans que le petit cercle prenne part à ce mouvement, et l'aiguille de ce cercle indique le chiffre des degrés de l'angle formé par le levier au moment où nous l'avons soulevé. Le sujet se met sur le tabouret et l'appareil est fixé au moyen d'une vis de pression, de façon à ce que l'axe des roues et du levier coïncide avec le centre de l'articulation du genou; le bras horizontal du levier embrasse la jambe par devant; on fait tourner le petit cercle de façon à ce que le bouton effleure le levier: une fois le coup porté, nous obtenons le réflexe du genou qui soulève au devant le bras et le levier, fait tourner le petit cercle et l'aiguille à un certain nombre de degrés qu'il est facile de noter, vu que le petit cercle reste immobile et ne participe pas dans le mouvement de retour. Cette partie de l'appareil sert à enregistrer les chiffres.

A la disposition établie par M. Alélékoff pour porter le coup sur le tendon du genou, j'avais substitué le réflexomètre Danillo (1), dont l'utilité pratique a été depuis longtemps constatée, car cet instrument avait été appliqué par toute une série d'observateurs; pour ma part, je reconnais que cet appareil a été d'une grande utilité dans mes expériences. Le défaut des procédés ordinaires pour étudier les réflexes du genou (marteau à percussion, rebord du poignet, etc.), qui consiste dans ce fait que l'intensité de l'excitation ayant pour but de provoquer le réflexe, se trouve complètement sous la dépendance de l'observateur, ce défaut-là a été écarté dans l'appareil Danillo (ce qui constitue l'une de ses principales qualités), vu que l'intensité du coup pour obtenir la contraction du quadriceps fémoral est invariable et peut être déterminée avec précision (moyennant un ressort arqué).

Je me suis servi de réflexomètre quelque peu simplifié, dont M. Voronine (2) avait fait usage pour sa thèse de doctorat : il n'y avait pas d'appareils pour les fils conducteurs d'électricité.

En même temps, le mécanisme-type, destiné à soulever le marteau, était remplacé par une crémaillère, modification proposée par M. Danillo au Dr Pokrowski (3).

Pour plus de précision, je joins à cet article la reproduction des appareils, le sujet étant assis.

On provoquait le réflexe en portant un coup avec le marteau de l'appareil à la jambe (4) mise à nu, à l'endroit correspondant au tendon de la rotule, marqué avec du nitrate d'argent; simultanément, on notait le point le plus sensible du tendon rotulien, point de l'excitabilité réflexe la plus intense. Le marteau de l'appareil présentait chaque fois un écart de dix divisions (*maximum d'intensité*). Le coup était réitéré 4 à 5 fois, même plus; on prenait de ces données deux, les plus intenses, et on enregistrait leur moyenne, ce qui fait que les chiffres des tableaux ne représentent pas des observations isolées. Les courroies de l'appareil étaient serrées uniformément afin d'éviter l'éventualité d'une compression inégale des nerfs.

Je m'appliquais à enregistrer strictement ce que « la nature me dictait. » (Expression de Cuvier). En dernier lieu, j'eus à recueillir des milliers de chiffres qu'il n'était pas facile à débrouiller.

Bien que ces chiffres étaient déduits selon le procédé des moyennes, je n'ai pas la prétention de leur assigner la valeur des vérités absolues; ils ne présentent qu'une valeur relative, car le phénomène du réflexe est soumis

(1) Gilbert Ballet. — *Progrès médical*, 1881, nos 41 et 42, p. 783.

(2) Warren Lombard. — *American Journal of Psychology*. 1887, no 1, november.

(3) A. Alélékoff. — *Sénilité. Etude clinique dans le domaine du système nerveux et de la psycho-physiologie*. Thèse de doctorat, Saint-Pétersbourg, 1892, p. 88.

(1) S. F. Danillo. — *Réflexomètre pour les réflexes tendineux avec signal électrique*. — Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de Biologie, 1882, p. 595.

(2) B. Voronine. — *De l'influence de la douche dans les hémorrhoïdes, sur les réflexes, etc.* — Thèse de doctorat, Saint-Pétersbourg, 1889, p. 49.

(3) A. Pokrowski. — *Bains généraux de boues minérales et de sable*. — Thèse de doctorat, Saint-Pétersbourg, 1891, p. 37.

(4) Les recherches intéressaient les deux jambes.

à de grandes oscillations et dépend d'une foule de circonstances imprévues. Néanmoins, il est hors de doute que le procédé perfectionné que je viens de décrire, toutes choses étant égales, nous permet d'obtenir des résultats plus approchants de la vérité que ceux de par le procédé ordinaire, pratiqué par Finger. Dans ce dernier cas, on a beau se fonder sur l'expérience d'une longue pratique, l'étude de la question n'y gagnerait rien. C'est pourquoi les protestations de Finger (1) : « ...accomodirte sich mein Augenmass so sehr, dass mir nach einiger Uebung gelang die Reflexerregbarkeit einer grösseren Reihe von Individuen, durch beliebig lange Zeit, volkommen gleich abzuschätzen », à mon avis, ne doivent être admises qu'avec une certaine restriction ; d'ailleurs l'auteur lui-même ajoute plus loin : « ...dieser Methode eine Reihe von Fehlern anhaftet. »

J'ai fait mes recherches à la clinique du Pr B. Tarnowski, sur les malades internés à la section syphilitique de l'hôpital clinique militaire de Saint-Pétersbourg. J'ai suivi dans un ordre systématique 8 cas et tous mes malades étaient entrés à l'hôpital présentant la manifestation initiale récente de l'infection. Chaque malade subissait l'épreuve quotidienne approximativement à la même heure, pendant la visite du matin (10 à 11 h.). Avant l'apparition de l'éruption, tous ces malades étaient soumis au traitement local; on leur prescrivait l'emploi en poudre du natrum sozoiodolicum ou de l'emplâtre mercuriel ; au début des premiers symptômes de l'éruption, on traitait les malades par des injections intermusculaires du salicylate de mercure (on pratiquait les injections *après* l'examen des réflexes) (2); pour conjurer les accidents mercuriels, on prescrivait l'usage des brosses à dents avec les dentifrices et les gargarismes avec du chlorate de potassium et du tanin. Deux de ces malades n'étaient pas soumis au traitement général par le mercure immédiatement après la manifestation, chez eux, des symptômes secondaires, mais on les laissa suivre pendant un certain temps, le traitement local. Les malades examinés sortaient généralement de l'hôpital au bout d'un ou de deux mois après leur entrée, ayant suivi un traitement général mercuriel jusqu'à la la disparition complète ou du moins jusqu'à la diminution sensible des manifestations visibles de la syphilis; un petit nombre d'eux (les malades « civils ») sortaient plus tôt et continuaient leur traitement à titre d'externes.

Je me posai le problème d'étudier l'activité réflexe dans la période dite d'incubation secondaire qui précède l'éruption, l'accompagne et la suit ; ainsi, la question que je m'efforçais de résoudre et d'élucider, en me basant sur les données de mes recherches, se résume-t-elle à ce qui suit : les réflexes tendineux subissent-ils une modification quelconque dans la période ci-dessus mentionnée de la syphilis et, si tel est le cas, quel aspect revêt cette modification. Une fois les faits nettement démontrés, je tachais de les éclaircir.

Les résultats finals de mes recherches se résument à ce qui suit : *Dans tous les cas je pus constater l'élévation, quelquefois très considérable, de l'excitabilité réflexe des tendons, par conséquent le renforcement du phénomène du genou au début de l'éruption primitive; l'élévation était immédiatement suivie d'une chute progressive de l'excitabilité réflexe, laquelle tombait souvent au-dessous de la normale ; puis derechef elle remontait assez rapidement à sa hauteur normale.*

Le chiffre inférieur de l'excitabilité réflexe pendant sa chute correspondait au huitième ou au quinzième jour à partir de son élévation maximal. L'élévation successive de l'excitabilité réflexe jusqu'à sa hauteur normale se montrait du second au cinquième jour, à partir du moment où l'intensité réflexe était à son minimum.

(*A suivre*).

(1) L. c., p. 258.
(2) Immédiatement après l'injection, on donnait aux malades un bain simple, à 29° R.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Ordre des Médecins.

Les pénibles incidents qui se sont déroulés pendant ces dernières semaines dans le monde médical, — depuis le fameux procès où a été mise en relief la prétendue nécessité de la création d'une spécialité nouvelle, les médecins légistes, jusqu'à la critique la plus acerbe qui ait jamais été faite de la médecine officielle sur la scène du Théâtre-Français —, ont remis pour quelques instants à l'ordre du jour la question de l'*Ordre des Médecins*, soulevée autrefois par un honorable confrère de province, M. le Dr Surmay (d'Ham).

L'Union générale des Syndicats Médicaux de France, présidée par notre excellent ami, M. le Dr Porson (de Nantes), le *Syndicat des médecins de la Seine*, la presse médicale elle-même, et en particulier la *Gazette des Hôpitaux* (1) et la *Revue Médicale* (2), se sont empressés de dire nettement leur avis sur cette tentative, destinée, dans l'esprit de quelques-uns, à régénérer le corps médical tout entier. Mais, chose curieuse, tous les journaux, qui jusqu'à présent ont abordé ce sujet, se sont franchement déclarés hostiles à la motion émanant de l'Union des Syndicats et du Syndicat de la Seine. Et c'est pour joindre nos protestations à celles des collègues, que nous venons de citer, qu'à notre tour nous voulons reparler de l'Ordre des Médecins.

Comment, à une époque où tous les hommes de progrès réclament la suppression du Conseil de l'Ordre des Avocats, vous voulez instituer dans notre milieu quelque chose d'analogue ? Mais c'est retourner en arrière et il faut chercher ailleurs un remède aux maux dont souffre notre profession. A quels abus, à quels injustices, répétons-le après d'autres, ne s'exposerait-on si l'on admettait l'ingérence, pour ce qui concerne l'exercice de la médecine, d'un Conseil de surveillance de cette nature ? Inutile de faire remarquer que les médecins journalistes — les vrais — n'auraient qu'à passer de suite dans la presse d'à côté, pour sauvegarder leur indépendance, car il y en a encore quelques-uns qui n'ont pas perdu cette qualité de luxe. On répond que le Conseil n'aurait à s'occuper que des faits très graves. Mais alors, comme le remarque la *Gazette des Hôpitaux*, n'avons-nous pas, pour cette catégorie de délits ou crimes, la loi de 1892, les tribunaux de droit commun, suffisamment outillés et pourvus d'un bagage de décrets respectable.

Notre diplôme de docteur en médecine nous donne,

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 15 déc. 1896.
(2) *Revue Médicale*, 16 déc. 1896.

de par la loi, le droit absolu d'exercer : ce qui n'existe pas pour l'avocat, qui lui n'est d'ailleurs que licencié. Dès lors, comment pourrait-on bien nous l'enlever, à moins d'une loi nouvelle organisant ledit Conseil ? Et je doute fort qu'à la Chambre on veuille entrer dans cette voie glissante.

Enfin, pour mettre les points sur les *i*, il faut bien avouer qu'il est extrêmement difficile de dire là où commence la faute déontologique et où doit finir la réclame scientifique permise ! Tel médecin, possesseur de nombreux boutons de cristal, ne commet-il pas un véritable abus de confiance vis à vis du public et de ses confrères, en encombrant certaines sociétés savantes, officielles ou non, d'élucubrations sans valeur, dont le but est simplement de rappeler l'attention sur son nom trop oublié. Et pourtant on ne peut rien objecter ; et un Ordre des Médecins n'y fera rien ! Tel spécialiste fait une opération qu'on ne doit pas admettre dans l'état actuel de la science ; et pourtant qui peut affirmer que demain on ne sera pas obligé de reconnaître sa géniale idée !

Il serait plus sage de rechercher les moyens d'étendre l'action du médecin, surtout dans les grandes villes, et de le mettre en mesure de vivre *très honorablement* de son métier : ce qu'on peut bien souhaiter pour des hommes d'élite, qui ont consacré vingt années à des études ardues et ont été obligés d'immobiliser un capital qui dépasse, tout compris, 50,000 francs ! Donnez à tous les médecins, diplômés et honnêtes, le pouvoir de gagner largement leur vie et vous pourrez être certains qu'il resteront dignes de leurs ancêtres hippocratiques. Le malheur est qu'il faut manger en l'an de grâce 1896 et qu'à Paris, aujourd'hui, ça coûte plus cher que du temps des Gaulois. Marcel BAUDOUIN.

La bonne foi de M. de Pietra Santa.

Conformément à la loi, nous insérons au *Bulletin* la lettre ci-après, en réponse à notre article du 5 décembre.

Saint-Cloud, ce 9 décembre 1896.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Sans attendre l'insertion dans le *Journal d'Hygiène* (numéro du 10 décembre), insertion promise, — de votre lettre de réclamation en date du 30 novembre, vous me consacrez, dans le Numéro du *Progrès médical* du 5 courant, un second article sensationnel : *La Bonne foi du docteur de Pietra Santa.*

Au point où en sont les choses, je crois que l'on peut laisser à vos lecteurs, comme aux miens, le soin de juger de quel côté se trouve la bonne foi ! Toutefois, je dois une réponse précise à votre affirmation : « *M. de Pietra Santa « a dû à S. M. Napoléon III diverses fonctions, voire des « sinécures comme celle de Médecin inspecteur des Eaux « minérales du département de la Seine* (1), *dont la « République, etc., etc.* »

Or, cette nomination de Médecin inspecteur des Eaux minérales de la Seine porte la signature de M. Léon Renault, préfet de police, à la date du 5 juin **1874** !! Cette nomination était justifiée par : Vingt-trois ans de service comme medecin des prisons de la Seine (Mazas, Madelonnettes, la Santé), Lauréat de l'Académie de Médecine (service des Eaux minérales de la France). Services rendus en 1870-1871, comme médecin en chef de la Santé (épidémie de scorbut, période des otages de la Commune, général Chanzy) ; comme médecin du Dépôt des Prisonniers de Guerre ; comme chargé d'un service de médecine à l'ambulance militaire des Tuileries !

Veuillez insérer cette lettre dans votre prochain numéro (même place et mêmes caractères que votre article), et agréer mes salutations. Dr Prosper de PIETRA SANTA.

(1) Nous avons voulu mettre en opposition le *bonapartisme* de M. de P. S. et la bienveillance du *Gouvernement républicain* qui le laissait jouir d'une sinécure fructueuse.

Nous remercions M. de Pietra Santa des renseignements biographiques qu'il nous adresse. Nous les compléterons un jour. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Xe SESSION DE PARIS (19-26 *Octobre* 1896) (*Fin*) (1).

Séance du Vendredi 23 *octobre* (soir) (suite).

M. ROUTIER (de Paris). — *Traitement des prolapsus génitaux.* — Les théories données pour expliquer les prolapsus génitaux n'ont pas encore parfaitement élucidé la question. L'utérus ne joue qu'un rôle secondaire ; le rôle principal est dévolu à la paroi antérieure du vagin, qui tombe la première, faisant une cystocèle plus ou moins volumineuse. La paroi postérieure vient ensuite formant rectocèle. Puis vient la chute complète avec l'utérus à la vulve ou tout à fait au dehors. Dans les prolapsus les plus complets, l'utérus reste petit : les tissus engorgés qui forment la tumeur sont très vasculaires ; d'où la gravité spéciale de l'hystérectomie alors même que l'utérus est dehors. J'ai essayé plusieurs fois le procédé de cloisonnement du vagin préconisé par Le Fort. Je n'ai pas obtenu de bons résultats. Je me suis rejeté sur les procédés divers de colporrhaphie, de périnéorrhaphie avec amputation du col, essayant d'obéir aux diverses indications fournies par la maladie, essayant de réaliser cette formule ; refaire un périnée épais et résistant ; refaire un vagin long et étroit ; diminuer l'utérus de ce qui pourrait le rendre plus lourd ou plus long. J'ai pu dans quelques cas essayer toutes les méthodes, depuis le pessaire jusqu'à l'hystérectomie ; mais il me semble que c'est là une méthode d'exception qui aggrave la cure du prolapsus et qui, employée seule, serait toujours insuffisante. Dans les cas de tumeurs des ovaires ou de tumeurs abdominales favorisant ou occasionnant un prolapsus, il faut d'abord s'adresser à cette tumeur. L'ablation en est quelquefois suivie de guérison. De même si l'utérus est pathologique, l'hystérectomie trouve son indication. Le pessaire combiné à la périnéorrhaphie suffit souvent à guérir le prolapsus. Quand je me décide, pour diverses raisons, à la cure sanglante, je fais d'habitude une large colporraphie antérieure et postérieure avec ablation en tout ou en partie du col, toutes les sutures profondes étant faites au catgut à l'huile de genevrier ; mais je pratique une périnéorraphie au fil d'argent. Je n'ai jamais perdu de malades ; mes résultats ont toujours été satisfaisants. J'ai eu quelques récidives plus tard ; une seule fois le prolapsus s'est reproduit total : il y avait eu un accouchement après mon opération. La récidive ne se fait le plus souvent qu'au niveau de la paroi adhérente sous forme de cystocèle ; même dans ces cas, les malades sont soulagées et améliorées.

M. GÉRARD-MARCHAND (de Paris) cite deux observations d'incontinence d'urine, dont la cause n'était autre qu'un prolapsus génital. La colpopérinéorrhaphie en faisant disparaître le prolapsus a guéri l'incontinence. L'auteur insiste sur l'importance de la notion étiologique dans les cas d'incontinence liée au prolapsus. Il est inutile de tenter chez ces malades des opérations sur l'urètre, puisqu'il suffit de traiter le prolapsus pour traiter en même temps l'incontinence.

M. LEJARS (de Paris). — J'ai pratiqué cinq hystérectomies vaginales pour des prolapsus anciens et incoercibles chez des femmes âgées. L'hystérectomie me paraît être une opération que l'on ne doit qu'exceptionnellement employer. Elle n'est

(1) Voir *Progrès médical*, nos 43, 44, 46, 47, 48, 49 et 50.

qu'un des temps de la cure du prolapsus. L'opération pour être complète doit nécessairement être suivie d'une large colpectomie. La restauration du vagin et du périnée constitue aussi le temps le plus important de l'intervention dans les formes moins graves. Mais j'insiste sur ce point que la paroi vésicale et la paroi rectale sont tout autant prolabées que la paroi vaginale. Il faut donc faire à la fois une cystorrhaphie, une rectorrhaphie et une colporrhaphie. Cette méthode nous a donné dans trente cas d'excellents résultats immédiats et définitifs.

M. JACOBS (de Bruxelles). — J'ai traité 200 prolapsus génitaux et j'ai eu une proportion de 30 0/0 de récidive. Aussi ai-je été conduit à imaginer une opération qui m'a fourni jusqu'à présent 6 succès sur 7 opérées. Je lui donne le nom de trachélopexie ligamentaire.

M. TUFFIER (de Paris) arrive aux conclusions suivantes. Certains prolapsus peuvent être considérés comme une manifestation d'un état général, véritable infériorité physiologique. Les troubles fonctionnels observés sont d'autant plus accusés que l'ensemble des viscères y compris le système nerveux sont souvent altérés. Ces prolapsus peuvent être réputés graves, car ils nécessitent des opérations complexes. De plus, les récidives ne sont pas rares par effondrement des cicatrices. Il est à remarquer que les résultats définitifs sont influencés par ces troubles généraux; car, le prolapsus guéri la ptose des viscères et les troubles nerveux peuvent persister et sont pour les malades, malgré la guérison du prolapsus, la source de nombreuses souffrances.

M. Pierre DELBET (de Paris). — L'hystérectomie seule n'est pas une opération curative du prolapsus. Mais quand elle est indiquée, je la fait suivant une technique spéciale. J'ai donné à l'ensemble de mon opération le nom de colpocystopexie. Voici comment je la pratique: le col de l'utérus est fixé et attiré en bas par une pince, je fais une incision verticale et médiane commençant à peu de distance en arrière du méat et se prolongeant jusqu'aux insertions du vagin sur le col. Je fais tomber sur cette première incision une autre incision perpendiculaire dont l'extrémité initiale se trouve dans le cul-de-sac vaginal gauche. Je dissèque deux lambeaux triangulaires à base correspondant aux parties latérales. Chaque lambeau doit avoir au minimum 3 centimètres de hauteur. Je retire le col; je le circonscris en arrière par une incision analogue et symétrique à l'incision du cul-de sac antérieur. Pour enlever l'utérus qui se trouve alors dans la même situation que dans l'hystérectomie ordinaire, je fais des ligatures en chaîne sur les ligaments larges, mais en ménageant les ligaments ronds. L'utérus enlevé les ligaments ronds sont traversés par un point qui prend en même temps les lambeaux vaginaux. Ils sont ainsi fixés sous la vessie et l'urètre qu'ils soutiennent. Chaque point décrit un U dont les branches sont dans le même plan vertical. Les deux lambeaux sont ainsi affrontés par toute leur surface. A mesure qu'on serre les fils, en allant du méat vers le fond du vagin, celui-ci est attiré par les ligaments ronds en même temps que s'effectue l'affrontement des lambeaux. Il en résulte une véritable colonne résistante. Mais cette opération ne suffit pas. Il peut y joindre la périnéorrhaphie. Pour cela, je fais une incision courbe à concavité antérieure et supérieure, à l'union de la muqueuse vaginale et de la peau commençant à 1 centimètre au-dessous du niveau du méat et se terminant sur un point symétrique du côté opposé. Je dissèque la paroi vaginale, dissection facile dès que l'on a dépassé les premiers centimètres. On a ainsi un grand lambeau. On passe les fils et l'on termine comme dans la périnéorrhaphie habituelle.

M. BILHAUT (de Paris). — *Traitement du prolapsus utérin.* — Le prolapsus utérin, dans les cas où il est très accusé, se complique de cystocèle et de rectocèle. Les photographies que je viens de vous soumettre prouvent à quelles dimensions peut atteindre la tumeur ainsi constituée par l'utérus et la vessie prolabés. Dans ces cas, le port d'un pessaire est matériellement impossible, faute de points d'appui pour la fixation de cet appareil. Un traitement orthopédique, par intervention chirurgicale, est seul applicable en cette circonstance: il doit avoir pour objectif la fixation de l'utérus, le maintien de la vessie à une hauteur suffisante et la restauration du périnée. L'hystéropexie est le premier temps obligé de l'intervention, le raccourcissement des ligaments ronds n'assurant pas suffisamment de bons résultats éloignés. Le prolapsus vésical, combattu en partie par la fixation de l'utérus, sera supprimé définitivement par la résection calculée de la portion exubérante de la muqueuse vésico-vaginale, suivie de la suture des lèvres de la plaie opératoire. Des tampons aseptiques seront placés dans le vagin, de manière à soutenir l'utérus dans sa nouvelle position et à faciliter la cicatrisation de la colporrhaphie antérieure. Quand la cicatrisation sera assurée, la colpo-périnéorraphie mettra fin à la rectocèle et préviendra la récidive des divers prolapsus.

M. DELAUNAY (de Paris) est d'avis d'exécuter toutes les opérations dans une seule séance. Il y a intérêt, dans ce cas, à employer les pinces, malgré la difficulté qu'on éprouve à les placer. Il faut commencer par une très large colpopérinéorrhaphie. On passe les fils. On fait ensuite une colporrhaphie antérieure, puis l'hystérectomie. Les pinces sont mises en place. On met un surjet sur l'incision antérieure, on noue les fils postérieurs et l'opération est terminée.

M. DEMOULIN (de Paris). — *Prolapsus complet et ancien de l'utérus.* — L'auteur appelle l'attention sur la fréquence des lésions des voies urinaires chez les femmes atteintes de prolapsus invétérés. Il cite deux cas à l'appui de cette opinion. Il pense que les lésions doivent être divisées en deux catégories: les distensions simples des uretères, du bassinet, des calices, qui peuvent aller jusqu'à l'hydronéphrose: les distensions avec infection. Les lésions des voies urinaires, surtout les distensions avec infection, aggravent le pronostic de l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement du prolapsus de l'utérus ou plus exactement des prolapsus génitaux, dans les cas seulement où cette opération est indiquée. L'hystérectomie vaginale donne à peine 5 pour 100 de mortalité, même dans les cancers, où cependant l'état général des malades est déjà fortement altéré, pourquoi donnent-elles 10 pour 100 de décès dans le traitement des prolapsus? Bien évidemment l'infection des voies urinaires est un des facteurs de la gravité de l'opération. On parle partout de ces lésions des voies urinaires dans les prolapsus; tout le monde les signale, personne ne les décrit, il y a cependant là une belle question à étudier.

M. Thomas JONNESCO (de Bukarest). — *Sur les prolapsus génitaux.* — Il est difficile après tout ce qu'on vient de dire sur le traitement de cette affection de venir exposer quelque chose de neuf à ce sujet, surtout quand votre expérience est encore récente et que votre opinion ne s'impose pas par un grand nombre d'interventions. Pourtant, je n'hésite pas à apporter, devant le Congrès, une opinion personnelle, qui se trouve en désaccord avec la plupart de celles que vous avez entendu exposer ici. Tous les chirurgiens, à quelques exceptions près, se montrent actuellement partisans des opérations plastiques sur le vagin et le périnée combiné ou non avec une amputation plus ou moins large du col. Pour mon compte personnel, je suis convaincu de l'inefficacité presque constante de ces interventions. Dans ma carrière des hôpitaux, je me rappelle avoir vu nombre de faits, où, malgré une intervention de ce genre, le prolapsus récidivait. Du reste, si l'on veut se convaincre de l'inefficacité de ces interventions vaginales, il n'y a qu'à compter le nombre et la variété des interventions de ce genre imaginées par les chirurgiens. Aussi, je me déclare, d'avance, partisan absolu de l'hystérectomie vaginale, comme premier temps opératoire du prolapsus génital.

Certes, on peut compléter cette intervention, comme moi-même je l'ai complétée, soit séance tenante, soit en deux temps, par une colporrhaphie, ou même une colpopérinéorrhaphie. Il y a des cas, en effet, et, sur les huit que j'ai eu l'occasion de traiter, j'en ai trouvé un extrêmement rebelle.

Aussi je n'ai pas hésité à pratiquer quatre opérations successives: hystérectomie vaginale d'abord, colpo-périnéorrhaphie, ensuite colporrhaphie antérieure et, enfin, hystéropexie abdominale antérieure. Grâce à cette quadruple intervention, mon malade est parfaitement guéri. Dans les autres sept cas, je me suis contenté d'une colpo-hystérectomie plus ou moins étendue, suivant les cas; et toujours le résultat a été parfait.

Si j'en juge, d'après mes huit hystérectomies pour prolapsus, je puis affirmer que, dans ces cas, l'intervention est absolument bénigne, et, je ne comprends véritablement pas comment on

prétend que l'hystérectomie est une opération grave et qu'elle ait pu donner une mortalité de 10 pour 100. Pour légitimer cette façon de faire, je dois ouvrir une parenthèse. Parmi les femmes prolabées, il y a deux variétés absolument distinctes. Dans l'une rentrent les femmes aisées, dont les conditions sociales sont telles qu'elles peuvent soigner, pendant longtemps, et par tous les moyens, leur infirmité; et pour celles-là seules, on est en droit d'avoir recours à des moyens moins radicaux, qui ne seront souvent que palliatifs, mais avec lesquels les malades peuvent, à la rigueur, vivre.

Il n'en est pas de même de la clientèle hospitalière. Ces femmes, dont le travail est rendu impossible, chez lesquelles le prolapsus devient une maladie grave, ne leur permettant pas de gagner leur vie, chez ces femmes qui s'adressent à nous pour être parfaitement et à jamais guéries, il faut appliquer un traitement radical qui leur permette d'avoir un métier et de gagner leur vie. Du reste, dans beaucoup de cas, le prolapsus se montre chez des femmes d'un certain âge, ayant déjà eu des enfants et dont l'utérus est assez profondément atteint pour qu'il n'existe plus qu'à l'état d'organe normal. Aussi, ce n'est pas sacrifier un organe encore utile que d'enlever l'utérus chez les femmes prolabées. Il n'y a que dans les cas où les malades refusent cette intervention, qu'on peut avoir recours soit aux opérations plastiques sur le vagin, soit à l'hystéropexie abdominale antérieure, comme je l'ai pratiquée dans deux cas avec succès, soit à l'hystéropexie vaginale.

A propos de l'hystéropexie abdominale, je ferai remarquer que j'ai été appelé à pratiquer l'hystérectomie vaginale totale sur des femmes qui avaient été hystéropexiées avant avec succès. Les douleurs utérines intenses, les tractions douloureuses exercées par la matrice sur la paroi antérieure abdominale m'ont amené à cette intervention. Enfin un dernier argument en faveur de l'hystérectomie que je préconise est le suivant: une fois les opérations plastiques sur le vagin pratiquées, l'utérus dont les ligaments sont complètement relâchés reste ballant dans la cavité pelvienne et, le plus souvent, il tombe en rétroversion, provoquant tous les troubles qui caractérisent ce déplacement.

Séance du Samedi 24 Octobre (matin).

M. Edmond Vignard (de Nantes). — *Traitement du placenta dans les cas de grossesse extra-utérine avec fœtus mort.* — Le traitement du placenta dans les cas de grossesse extra-utérine avec fœtus mort est encore aujourd'hui mal précisé. D'après certains chirurgiens, son ablation s'impose; or, cette ablation est sans conteste tantôt facile, tantôt difficile et dangereuse, en tous cas incertaine dans ses résultats. D'autres chirurgiens abandonnent le placenta après marsupialisation du sac, mais font un drainage prolongé, des lavages réitérés, et le placenta s'élimine ou est extrait secondairement: ce qui complique d'une façon plus ou moins sérieuse les suites opératoires. Or, j'ai eu l'occasion d'opérer deux grossesses extra-utérines avec fœtus à terme et mort depuis trois et quatre mois. Dans les deux cas parfaitement comparables, la conduite que j'ai suivie a été identique : je n'ai point enlevé le placenta et celui-ci ne s'est point éliminé secondairement. Les suites opératoires ont été d'une simplicité remarquable et je n'ai observé aucune complication ultérieure du fait de la rétention du placenta, lequel s'est progressivement résorbé. Est-ce la un effet du hasard, je ne le crois pas? Mais je serais tenté d'attribuer l'heureuse issue de l'opération à la technique que j'ai suivie.

Cette technique est basée sur les notions suivantes : le kyste fœtal est, sauf cas exceptionnels, aseptique; ses parois, une fois le fœtus enlevé, ont une tendance naturelle et rapide à l'accollement. Dès lors, s'il est prudent, après l'extraction du fœtus, de drainer lâchement les deux ou trois premiers jours, il est parfaitement inutile et même dangereux de prolonger ce drainage et de se livrer à des lavages quotidiens de la poche fœtale. Ces manœuvres, plus ou moins compliquées, ont pour effet presque assuré de provoquer, par irritation ou même par infection légère, la mortification du tissu placentaire et son élimination. Aussi la conduite que j'ai tenue a-t-elle été toute différente : après extraction du fœtus et marsupialisation du sac, abandon du placenta et drainage lâche avec deux ou trois mèches de gaze. Ces mèches sont enlevées le troisième ou le quatrième jour. Après quoi, on panse à plat le plus rarement possible, sans jamais recourir à des manœuvres quelconques dans l'intérieur de la poche, telles que réintroduction de mèches, de drains, ou lavages. Cette technique très simple ayant donné des suites opératoires très bénignes et une guérison définitive et rapide, je me permets de la recommander dans les cas semblables aux miens.

M. Berrut (de Paris). — *Histoire naturelle de procidence du vagin et de l'utérus ou déplacement par invagination. Déduction des règles d'hygiène pouvant prévenir la lésion. Déduction des règles de médecine opératoire propres à corriger la lésion.* — Après avoir exprimé le regret de combattre les conclusion du rapporteur et des orateurs qui ont successivement pris la parole, l'auteur de la communication conclut en disant : Dans le traitement de l'abaissement et de la procidence du vagin et de l'utérus, les procédés opératoires sont empruntés à deux méthodes : la diérèse qui divise les tissus; la prothèse qui remplace les tissus déchus. Diérèse, d'après l'auteur dans le cas de procidence utérine, le chirurgien ne doit pas supprimer l'organe par l'hystérectomie, il ne doit avoir recours ni à l'épisiorraphie ni à la colporaphie totale qui suppriment la copulation, ni au raccourcissement des ligaments ronds, ni à l'hystéropexie qui compromettent la gestation et la maturité du produit de la conception. Ces opérations peuvent aveugler la porte de sortie de l'organe prolabé ; elles peuvent accrocher, sans précision à un fil mal fixé sur des parties molles mobiles, l'utérus dur et pesant, en laissant flottantes les parois vaginales, mais aucune d'elle n'est parvenue à replacer et à maintenir l'utérus dans sa situation normale. Prothèse. Le traitement prothétique donne à l'appareil génital féminin un plancher pelvien artificiel, suppléant l'insuffisance du plancher naturel. Par l'opération de la réduction et de la contention, il replace l'utérus et le maintient exactement dans sa position reconquise. Conclusion : Dans le traitement de la procidence du vagin et de l'utérus, aux défaillances de la diérèse qui, malgré ses excès opératoires, n'a pas encore produit un seul fait de réduction et de contention de l'organe prolabé, préférer la prothèse qui réalise avec exactitude la reposition de l'utérus dans sa situation normale par la réduction et la contention mécanique, qui fait cesser les accidents et qui, quelque fois, conduit à une cure radicale, après la suppression de l'anneau, par le retour de sa tonicité des organes de fixation et de support. L'auteur fait remarquer que par la méthode prothétique, la femme conserve le plein exercice de ses fonctions de génération.

M. Poirier (de Paris). — *Remplacement d'une diaphyse tibiale détruite par ostéomyélite par une diaphyse péronière.* — Il y dix-huit mois, j'ai soigné un enfant qui avait perdu la presque totalité de la diaphyse tibiale, à la suite d'une ostéomyélite dont il fut atteint il y a trois ans. Il ne restait de la diaphyse qu'un fragment osseux mince long de 6 centimètres, adhérent à l'épiphyse supérieure. Je remplaçai chez lui la diaphyse tibiale par la diaphyse péronière. L'opération fut faite en deux temps. Dans un premier temps, je sectionnai obliquement le péroné au-dessous de son col et après l'avoir fait glisser au-dessous des muscles antérieurs de la jambe, je le suturai à l'épiphyse supérieure du tibia avivée. Deux mois plus tard, je sectionnai le péroné au-dessus de la malléole et je fichai la diaphyse dans une encoche creusée sur l'épiphyse tibiale inférieure. Quinze mois après l'opération, la photographie de la jambe par les rayons X montre que le péroné devenu tibia, a triplé de volume, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte en le comparant au bout supérieur restant. L'enfant a grandi, marche, court. L'épiphyse tibiale n'étant pas encore soudée, j'espère qu'il n'y aura pas trop de raccourcissement.

M. V. Ménard (de Berck-sur-Mer). — *Tuberculose de la rotule.* — Nous avons observé cinq cas de tuberculose de la rotule chez quatre malades, l'un d'eux étant affecté des deux côtés. Dans ce dernier cas, il s'agit d'un examen nécroscopique; les trois autres malades ont guéri facilement à la suite d'une intervention opératoire. Le foyer tuberculeux s'est présenté trois fois sous la forme d'une ostéite raréfiante avec ou sans séquestre; une fois sous la forme d'une caverne remplie de fongosités ; une fois sous la forme d'une infiltration tuberculeuse compacte. L'ostéite raréfiante offrait la disposition d'un trajet assez étroit, serpentant au travers du tissu osseux de la rotule, transversalement deux fois, d'avant en arrière une fois. Dans le cas où nous avons rencontré une caverne, la moitié externe de l'os était détruit. L'infiltration grise du cinquième cas comprenait les deux tiers supérieurs de

la rotule. Une [illegible] communiquait exclusivement [illegible] sans aucun rapport avec la [illegible]. A [illegible] près, le foyer était ouvert dans [illegible] bli 3 fois avant [illegible] fistule ou une cicatrice [illegible]. Les autres fois, [illegible] de l'arthrite fongueuse [illegible] à trois malades, a [illegible] la méthode sous-périostée. [illegible] en fer à cheval, [illegible] la curette des fongosités [illegible] guérison a été obtenue [illegible]. Le genou n'est pas [illegible] dus sont déjà possibles [illegible] que la marche sera [illegible] actifs.

M. Bauby (de [illegible]). — [illegible] *ques omniépiphysaires avec [illegible] tion chirurgicale.* — Il s'agit [illegible] au niveau de toutes les [illegible] de volume variable. Ces [illegible] et se sont développées progressivement [illegible] rées et ne constitueraient [illegible] complications n'étaient survenues. [illegible] de l'extrémité supérieure [illegible] volume d'une tête de [illegible] nécrose purulente centrale [illegible]. Dans le second cas, [illegible] du péroné gauche [illegible] s'ensuivit et nécessita [illegible]. Ces observations détaillées [illegible] grandes planches.

M. Reboul. — *Arrachement [illegible] rotuliens et de la partie [illegible] luxée dans l'articulation [illegible] semi-lunaire.* [illegible] — Un jeune homme de 15 ans [illegible] à la partie antérieure du [illegible] peut plus se relever, à [illegible] région, impossibilité [illegible]. On pense soit à une fracture de la [illegible] soit à un arrachement ou [illegible] jours après l'accident, [illegible] externe : pas de fracture [illegible] du triceps et du tendon rotulien [illegible] tibiale du tendon rotulien [illegible] la partie correspondante [illegible] osseux qui a basculé [illegible]. Épanchement intra-articulaire [illegible] semi-lunaires. [illegible] luxé, fixation en [illegible] tendon rotulien et [illegible] deux plans des parties [illegible] après, pansement, [illegible] quelques mouvements [illegible] membre au-dessus [illegible] juillet, marche [illegible] lation à peu près [illegible] dans la flexion. [illegible]

[illegible]

l'on a été obligé de [illegible] la ténotomie du long extenseur propre du gros orteil et d'immobiliser le pied pour maintenir la réduction et obtenir la consolidation de la fracture. Enfin, on comprend facilement qu'une consolidation vicieuse par défaut de traitement convenable pourrait gêner la marche ou nécessiter le port de chaussures spéciales.

M. [illegible]. — *La [illegible] et la désarticulation dans les ostéosarcomes de la racine des membres.* — La désarticulation a été souvent [illegible] en règle, dans les ostéosarcomes des membres, comme le moyen le plus sûr de prévenir la récidive. Or, lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur de la racine des membres, de la tête humérale ou de l'extrémité supérieure du fémur, la mise en pratique de ce précepte comporte un sacrifice considérable et qui n'est pas compensé, comme les statistiques le prouvent, par la [illegible] des résultats éloignés. De fait, en pareil cas, une résection large, lorsque le volume et l'extension du sarcome [illegible], assure, à moins de frais, la même [illegible] : Il s'agit d'un jeune homme de [illegible] en septembre 1891, pour un volumineux sarcome de la tête de l'humérus droit. Je réséquai un long [illegible] et j'arrivai à extirper toute [illegible] la tumeur [illegible]. La guérison opératoire [illegible]. [illegible] reste guéri, il se sent très bien de son membre supérieur [illegible] de se féliciter d'avoir échappé à la désarticulation. [illegible] un certain nombre de faits de ce genre ; ils sont de nature à faire rejeter, au moins dans un bon nombre de cas, une mutilation terrible, qui n'est, en somme, radicale qu'en apparence.

M. Coudray (de Paris). — *Nouvelle contribution à l'étude du traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche (méthode de Lorenz).* — Il résulte de l'analyse des faits [illegible], conseillée par Lorenz, [illegible] (réduction, immobilisation en [illegible]) est dans l'état actuel [illegible]. Il faut appliquer la méthode [illegible] (15 à 18 mois), quand on le peut. En procédant [illegible] dans un certain nombre [illegible] complète ou à peu près. Alors même [illegible] rudimentaires, la réduction [illegible] est durable par le fait de la position [illegible]. En acceptant cette règle de conduite, [illegible] considérablement, sinon à supprimer [illegible] dont la vogue a été trop grande. [illegible] l'immobilisation avec [illegible] très prolongé au lit, ce qui, [illegible] surtout chez les jeunes [illegible] sont bien tolérés, [illegible] le montrent mes [illegible] comme [illegible] ailleurs.

M. [illegible]. — *Le traitement des tumeurs [illegible].* — Les injections [illegible] sont forcément [illegible] des lésions anatomiques [illegible] articulaires [illegible] articulaire par les [illegible] péri-articulaire. Les [illegible] iodoformé [illegible] sur dix peut-[illegible] à la guérison [illegible] toujours [illegible] des infir-[illegible]

[illegible]

absolue. Au surplus, j'ai des enfants qui, avec une ankylose à la hanche mais sans raccourcissement du membre et avec des muscles suffisants sont arrivés avec un apprentissage spécial à marcher sans boiter. En résumé, lorsqu'on reçoit un coxalgique au début, on peut promettre qu'ils ne boitera pas puisqu'il y a 98 chances sur 100 de guérir sans boiter pourvu que le traitement soit bien conduit et de durée suffisante.

M. MALHERBE (de Nantes). — *Du myélome des gaines tendineuses.* — Il y a quelques années, M. Heurtaux (de Nantes) publia 3 cas de myélome des gaines tendineuses qu'il avait enlevés et qui avaient été déterminés à notre laboratoire ; se ralliant à notre manière de voir, M. Heurtaux les sépara du genre sarcome et les appela avec nous des myélomes. Il convient, en effet, de démembrer le genre sarcome tel qu'il est compris par la plupart des auteurs et notamment d'en séparer le myélome. Nous avons examiné ceux qui ont eu une marche absolument bénigne. Nous connaissons plusieurs des opérés qui restent guéris depuis plus de 10 ans. Deux au moins de nos tumeurs présentaient des parties assez fortement pigmentées et j'insiste sur ce point parce qu'il est en contradiction avec l'opinion de bon nombre de pathologistes qui croient que mélanose est synonyme de malignité, ce qui pour nous est absolument inexact. Il y a des mélanoses simples et sans aucun pouvoir infectant. Un autre problème qui, malgré la haute autorité de M. Malassez, ne nous paraît pas encore résolu, c'est celui de la fonction angioplastique des myéloplaxes. Nous avons vainement cherché à suivre la transformation de ces cellules en vaisseaux ; nous avons bien saisi quelques rapports de voisinage, mais jamais de continuité convaincante. Nous restons donc dans le doute sur ce cas particulier. En faisant la synthèse des descriptions particulières, on voit que le myélome contient trois espèces de cellules : 1° des cellules fusiformes, plus rarement étoilées, rappelant beaucoup celles du sarcome fuso-cellulaire ; 2° des cellules à noyaux multiples ou myéloplaxes qui sont l'élément caractéristique de la tumeur ; 3° des cellules ne contenant que deux ou même qu'un seul noyau, mais dont les caractères optiques, l'aspect du protoplasme surtout, rappellent ceux des myéloplaxes, de telle sorte que pour nous il n'y a aucun doute sur l'identité de nature entre ces éléments. Outre les éléments que nous venons de signaler, on peut aussi observer des cellules rondes embryonnaires ; mais on doit sans doute les considérer comme résultant d'un processus irritatif et ne faisant pas essentiellement partie de la tumeur. La clinique nous montre que les sarcomes, une fois développés, ont la plus grande tendance à s'étendre ; que leur croissance est généralement rapide ; qu'enfin certaines espèces récidivent et se généralisent toujours. Nous connaissons bien certaines espèces de sarcome à grandes cellules qui succèdent aux fibromes de la mamelle ou de la paroi abdominale ; mais s'il est vrai qu'ils constituent des tumeurs bénignes au début, on peut dire qu'une fois l'état sarcomateux bien établi, ils marchent comme les autres vers le dénouement fatal. Rien de pareil dans le myélome qui, comme Virchow l'avait déjà constaté, ne possède qu'une malignité locale et peut être laissé en place pendant des années sans infecter l'économie. Il faut donc revenir aux idées d'Eugène Nélaton qui différenciait avec soin le nouveau genre de tumeurs qu'il venait de décrire des tumeurs fibro-plastiques, nom que l'on donnait alors à notre sarcome fuso-cellulaire. Il y a donc lieu d'admettre auprès du sarcome un genre voisin mais différent, le myélome, qui a pour type normal le tissu de la moelle des os. Le myélome, très commun dans les os « Epulies », etc., peut s'observer, quoique beaucoup plus rarement, dans des parties molles telles que la gaine des tendons.

M. MOTY (de Lille). — *Association des névrites et de l'hystérotraumatisme.* — L'hystérie, dont le domaine s'étend chaque jour davantage, joue un rôle considérable dans la symptomatologie et l'évolution des névrites traumatiques. L'association des deux éléments morbides est si fréquente que, sur huit névrites traumatiques actuellement dans mon service, huit sont compliquées d'hystérotraumatisme. Les phénomènes hystériques les plus ordinaires dans ces cas, sont les contractures, les paralysies flasques, les trépidations épileptoïdes, les hémianesthésies à forme segmentaire plus ou moins nette, les hyperesthésies de même forme quelquefois localisées dans les cicatrices, l'œdème persistant. Les anciens auteurs, Swann et Romberg par exemple, avaient très exactement relaté des observations types de cette association, mais ils n'en pouvaient analyser les éléments parce que la conception actuelle de l'hystérie n'existait pas alors. Tantôt la névrite apparaît seule d'abord, puis se complique ultérieurement [illegible] phénomènes d'hystérotraumatisme, tantôt au contraire l'hystérotraumatisme apparaît le premier, sous forme de contracture par exemple, puis surviennent ensuite des phénomènes névritiques. Dans [illegible] des cas les symptômes sont enchevêtrés d'une manière si complexe qu'il est à peu près impossible de décider si l'un d'eux commun aux deux affections doit être attribué à la névrite ou à l'hystérie ; il en est notamment ainsi pour les troubles vaso-moteurs et les parésies localisées. Le point le plus important est d'ailleurs de reconnaître l'association des deux éléments pathologiques, association qui impose les plus grandes réserves dans le pronostic et qui doit entrer en ligne de compte dans le traitement. Toutes les fois qu'une névrite traumatique présente des symptômes anormaux ou se montre particulièrement rebelle, il y a lieu de soupçonner l'hystérie. Mais comme on sait aujourd'hui combien cette maladie mal définie dans sa nature est variable dans ses symptômes, il faut la rechercher méthodiquement et ne pas omettre l'examen du champ visuel qui constitue jusqu'ici le moyen le plus sûr de la dépister sous ses formes les plus insaisissables.

Séance du Samedi 24 Octobre (soir).

M. le Dr Robert SOREL (du Havre). — *Une modification au stérilisateur Sorel. Etuve sèche au camphène.* — Les étuves sèches pour la stérilisation des instruments sont les plus pratiques. L'étuve à air chaud, la première en date, présente des inconvénients. Parmi eux, le plus considérable est la difficulté d'obtenir un degré de température fixe, la paroi sur la surface chauffante étant beaucoup plus chaude que le centre de l'étuve. Pour remédier à cet inconvénient, on a fait des régulateurs automatiques ; mais ces appareils sont délicats et se dérangent souvent. Ils ne remédient pas à la répartition inégale de la chaleur dans l'intérieur de l'étuve. Par suite, pour les chirurgiens exerçant dans un centre où des ouvriers spéciaux sont difficiles à trouver, ces appareils peuvent être la source de plusieurs ennuis. C'est alors que M. R. Sorel, ingénieur, a construit pour le service du Dr Quénu, au Dispensaire Péreire, son étuve à xylène. Le principe de cette étuve est de fournir la chaleur au moyen de la vapeur obtenue par l'ébullition d'un liquide contenu dans les parois creuses de l'appareil. L'étuve est divisée en plusieurs compartiments, dans les parois desquels circule la vapeur. Cette dernière s'échappe dans un réfrigérant, redevient liquide, puis descend à la base de l'étuve où il est de nouveau soumis à l'ébullition. Les avantages de cette étuve sont : 1) de donner une chaleur toujours au même degré ; le point d'ébullition du liquide étant toujours le même, on est sûr de ne jamais dépasser ce point, quel que soit la longueur de l'opération. 2) La surface chauffante est considérablement augmentée par la division de l'appareil en plusieurs compartiments et par suite il ne peut y avoir guère de variations de température entre les parois de la boîte et son centre. 3) Enfin l'appareil peut marcher indéfiniment.

Deux reproches ont été adressés à cet appareil.

M. Terrier (1) dit : « En fait, le maniement de cette étuve est plus complexe que celui que nécessite l'emploi de la simple étuve à air chaud ; aussi son usage s'est-il peu généralisé jusqu'ici et nous croyons pouvoir affirmer qu'il sera difficilement accepté par la plupart des chirurgiens.

J'ai le regret de ne pouvoir partager l'opinion de l'éminent président de ce Congrès et me lève contre son insertion. Le maniement de cet appareil est des plus simples. Il suffit d'une allumette à placer sur le gaz et tout est dit. Cet appareil est éminemment pratique et depuis bientôt deux ans que nous nous en servons à notre clinique et avec lequel nous avons préparé les instruments pour près de 400 opérations, nous n'avons jamais constaté le moindre inconvénient ni la moindre difficulté, et je ne doute point que M. Quénu au Dispensaire Péreire, exprime la même opinion.

Le second reproche est plus fondé. On a dit que 143° à la chaleur sèche était insuffisant pour assurer une stérilisation absolue. Notre ami, M. le Dr Morax (1) a fait une série d'expériences prouvant que la stérilisation absolue était obtenue avec 150° pendant [illegible]. Pour remédier à cet inconvénient, il suffisait de remplacer le xylène par un liquide bouillant à [illegible] degrés ou au-dessus. Après avoir pris conseil de mon cousin M. E. Sorel, je me suis arrêté au camphène, qui bout à 160°.

Il y a environ six mois que j'ai fait cette transformation et mon étuve a toujours fonctionné régulièrement, sans inconvénients. Avec [illegible] à maxima, j'ai vérifié, plusieurs fois, que [illegible]. J'avais également entrepris des vérifications [illegible] de la façon suivante : je plaçais dans [illegible] de pommes de terre, l'un [illegible] était placé avec les instruments, l'autre servait

(1) Morax [illegible], p. 835.

de témoin. Je les remplissais après de bouillon stérile et les plaçais à l'étuve de Roux. Le tube stérilisé par notre appareil restait stérile; le tube témoin cultivait. Malheureusement, j'ai dû interrompre ces expériences par suite de maladies trop peu nombreuses pour être communiquées au Congrès. En tout cas, nous croyons que cette épreuve par le *Bacillus mesentericus vulgaris* (*Kartoffet-Bacillus*) est très pratique.

Conclusions : 1° les étuves sèches sont les plus pratiques pour les instruments ; 2° les étuves dans lesquelles la chaleur est obtenue par l'ébullition d'un liquide présentent cet avantage d'avoir toujours le même degré ; 3° l'étuve au camphène donne une chaleur de plus de 150°, point suffisant pour la stérilisation, surtout si on laisse les instruments trois quarts d'heure.

M. le Dr PANTALONI (de Marseille). — *De l'hystérectomie abdominale totale.* — Dans le courant de l'année 1896, j'ai fait quatorze hystérectemies abdominales totales pour fibromyomes remontant ou dépassant l'ombilic, deux pour cancer du corps, un pour fibromyome avec collections annexielles remplissant le petit bassin et deux Porro. J'ai employé le procédé de Delagénière avec quelques modifications de détail suivant les cas, et je n'ai eu que des succès, sauf pour le fibrome suppuré avec annexite, qui a succombé au vingt-cinquième jour. Dans ce cas, tout le péritoine du petit bassin ayant été enlevé, je dus prendre l'épiploon et en faire une voûte pelvienne, en le suturant au détroit supérieur et la face postérieure de la vessie. La cavité inférieure ou pelvienne fut bourrée par le vagin avec de la gaze stérilisée servant de drain.

Bien que cette méthode ne m'ait donné que des succès, j'ai changé d'avis depuis que j'ai vu opérer M. Doyen; et je crois qu'à l'avenir, la technique de l'hystérectomie abdominale totale doit être réglée de la façon suivante : méthode de Doyen pour l'ablation de la tumeur; méthode de Delagénière pour l'hémostase définitive et la fermeture pelvienne. Drainage ou non suivant les cas. Par là, on aura sécurité et rapidité. Sécurité, parce que les dangers d'infection secondaire et d'hémorrhagie n'existeront plus ; rapidité qui a son importance dans le cas de femmes cachectisées par la suppuration ou les hémorrhagies.

M. A. MONPROFIT (d'Angers). — *Hystérectomie abdominale totale.* — Je suis, comme le précédent orateur, un partisan déterminé de l'hystérectomie abdominale totale; depuis plus d'un an, je n'ai pas pratiqué d'autre procédé pour enlever l'utérus fibromateux par la voie abdominale, abandonnant tout pédicule intérieur ou extérieur; j'emploie, pour ma part, un procédé qui dérive des méthodes employées par mes excellents camarades, Delagénière et Doyen.

Comme Delagénière, je fais une collerette péritonéale en avant et en arrière; comme Doyen, j'ouvre le vagin en arrière, comme lui, et, selon son procédé, je vais prendre le col dans une forte pince, et je l'attire en haut, faisant en quelque sorte une *hystérectomie vaginale par l'abdomen* ! Je termine comme Delagénière, au point de vue de la fermeture du petit bassin.

Messieurs, je suis frappé, comme mes amis Ricard et Delbet, de la facilité, de la sécurité que nous donnent ces nouveaux procédés; mais je considère comme absolument important de ne jeter l'utérus de côté, de n'en terminer l'ablation que lorsque l'hémostase est absolument assurée, et cela est d'une admirable facilité, en employant le plan incliné et l'extraction du col à la Doyen. Rien de plus facile que de pincer l'utérine : on l'a sous les yeux. Ne la voit-on pas? un coup de ciseaux, et son jet vous indique immédiatement la place de la pince ; on peut la lier avec autant de facilité qu'une radiale. Alors, alors seulement mon hémostase bien assurée, je détache complètement l'utérus et je le jette de coté; mais c'est un auxiliaire trop précieux pour que je le sacrifie trop tôt.

Un point qui me paraît aussi, comme à Ricard, d'une très grande importance, c'est le procédé d'élévation et de traction qui nous a été pour la première fois enseigné par notre ami Auguste Reverdin (de Genève).

Je place, pour mon compte, une forte pince sur le fond de la matrice, et je fait tirer la matrice en avant de façon à tendre le plus possible ses attaches ; le vagin est allongé, et vient, ainsi que l'a si bien remarqué Reverdin, au devant de l'operation, presque jusqu'au niveau de la plaie abdominale; de là il n'est rien de plus facile que de l'ouvrir et de traiter ensuite les utérines. Selon les remarques de Delbet et de Ricard, cette manœuvre a encore l'immense avantage de rendre beaucoup moindres les dangers de blessure de l'uretère.

Avec toutes les modifications, les améliorations que chaque chirurgien a apporté à la technique de l'hystérectomie abdominale totale, cette opération est devenue d'une facilité et d'une sécurité presque comparables à l'ovariotomie; il est surprenant de voir des malades âgées, fatiguées par des douleurs prolongées, des hémorrhagies répétées, avec des tumeurs volumineuses supporter l'hystérectomie aussi facilement qu'une opération de minime importance, se guérir avec une rapidité merveilleuse. Quel changement dans l'histoire des fibromes qui étaient autrefois le cauchemar de tous les chirurgiens! Nous pratiquions jadis l'hystérectomie avec pédicule externe, qui nous donnait parfois de beaux succès, mais au prix de quels revers et de quels soucis. Après une série heureuse, toujours brève hélas! nous retombions dans des insuccès inexplicables, et les malheureuses malades retournaient pour un certain temps aux soins de l'électricité ou même, hélas! de la médecine! Aujourd'hui, l'hystérectomie abdominale totale par les nouveaux procédés nous débarrasse de ce mauvais rêve et nous donne un moyen facile et sûr de guérir rapidement nos malades.

LOMBARD.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 décembre 1896.

Sur la composition des gaz qui se dégagent des eaux minérales de Bagnoles de l'Orne.

M. BOUCHARD, avec la collaboration de M. DESGREZ, a étudié les gaz qui se dégagent, en grosses bulles gazeuses des eaux de Bagnoles. Il y a trouvé 5 0/0 d'acide carbonique et 95 0/0 de gaz présentant les caractères négatifs de l'azote. Il s'est demandé si l'on n'y trouverait pas, comme dans les gaz des eaux de Cauterets, l'argon et l'hélium mélangés à l'azote. L'azote a été absorbé, à l'aide d'étincelles d'induction, en présence de l'oxygène préparé par électrolyse, et d'une solution concentrée de potasse. Après que l'oxygène a été absorbé par le pyrogallate de potasse, le gaz restant dont le volume était 4,5 0/0 du gaz initial a été soumis à l'examen spectroscopique. On a trouvé les raies caractéristiques du spectre de l'*argon* et celles de l'*hélium*, mais celles-ci moins accentuées que celles de l'hélium.

La théorie de la confluence des lymphatiques et la morphologie du système lymphatique de la grenouille.

M. RANVIER a élucidé le mode de formation des lymphatiques et des sacs lymphatiques chez la grenouille. Si on injecte les sacs lymphatiques de la grenouille, la matière colorante se répand dans la membrane interdigitale et y dessine un admirable réseau. C'est au réseau de lymphatiques sous-cutanés qui fournissent l'image de ce que les sacs ont été à une phase de leur développement. C'est par l'accroissement, l'extension et la confluence de ces canaux que se sont formés les sacs. Les sacs sont traversés par des cloisons et des filaments vasculaires et nerveux.

Les lymphatiques de l'intestin offrent aussi une disposition particulière. A la base de chaque pli de la muqueuse intestinale, on trouve un gros canal lymphatique qui s'anastomose avec les voisins qui lui sont parallèles. Mais ce canal lymphatique est traversé, en un très grand nombre de points, par des travées conjonctives tapissées d'endothélium et qui sont le vestige de la séparation de canaux primitivement indépendants et qui ont fini par confluer les uns vers les autres. *Souvent ces travées anastomosées les unes avec les autres, forment un réticulum entièrement comparable à celui du tissu dit adénoïde des ganglions lymphatiques.* C'est tout ce qui représente chez la grenouille, les ganglions lymphatiques et cette disposition conduit à la conception morphologique du tissu des ganglions lymphatiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 12 décembre 1896. — Présidence de M. Giard.

M. Giard prononce en quelques mots l'éloge du Pr Straus, ancien vice-président de la Société de Biologie.

M. Bloch communique le résultat de ses *recherches sur la marche*. Rappelant les expériences faites par M. Marey avec un appareil enrégistreur, il indique que ces expériences n'indiquent pas la pesée des différentes parties du pied sur le sol. M. Gilles de la Tourette, dans sa thèse, s'est occupé avec succès de cette étude à ce point spécial. A son tour, M. Bloch a procédé à cette étude en examinant l'empreinte des pas d'hommes sains et de malade dans du sable fin, et en coulant du plâtre fin dans les empreintes. Les résultats ainsi obtenus sont très précis et peuvent fort bien faciliter le diagnostic des différentes boiteries en indiquant la profondeur de l'empreinte, que ne donne aucun autre procédé.

M. Féré rapporte l'observation d'un épileptique avec aura olfactif, chez lequel cet aura revient dans certaines excitations et surtout pendant le coït, dont les actes réflexes rappellent, on le sait, par certains côtés, l'ictus épileptique.

MM. Labadie-Lagrave et Boix ont étudié la *toxicité urinaire chez les femmes enceintes* et constaté que si elle est plus faible que normalement ce fait est dû à la suractivité fonctionnelle du foie liée à la grossesse. Quand le foie est insuffisant la toxicité urinaire devient au contraire plus forte que normalement. L'insuffisance du foie et du rein est nécessaire pour amener une toxicité considérable et l'éclampsie.

MM. Roger et Josué ont cherché quelle était la *source des leucocytes dans la suppuration* et en étudiant sur des coupes la moelle des os chez le lapin. L'infection donne une multiplication des médullocelles, qui dure quelques jours et s'accompagne même de prolifération des myéloplaxes. Des auteurs pensent donc que la moelle osseuse peut être une des origines de la leucocytose dans l'infection.

MM. Tourneux et Verdun adressent une note sur les *premiers développements des dérivés branchiaux chez l'homme*, glande thyroïde et glandules thyroïdiennes.

M. Beauregard rappelle qu'il a montré l'*excitation du tympan* produisant dans le nerf acoustique un courant électrique en sens inverse du courant normal. En variant les sons destinés à agir sur le tympan, il a constaté que l'excitation électrique variait avec la hauteur du son produit.

MM. Quénu et Landelle déposent une note sur l'*évolution pathologique du mucus* dans le cancer du rectum. Le cancer dans ce cas parait se former aux dépens des éléments chromatiques du noyau.

M. Gley a constaté que l'*action anticoagulante de la peptone n'était pas empêchée par l'extirpation des intestins* et qu'elle s'exerçait sur le foie et la lymphe évacuée du foie. Cette lymphe, prise sur le chien et incoagulable, rend incoagulable le sang du lapin, à des doses de 20 cc. pour un lapin de deux kilogrammes environ. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 décembre. — Présidence de M. Hervieux.

Séance publique annuelle.

Outre le discours, toujours si goûté, de M. Cadet de Gassicourt, la séance publique annuelle comportait cette année un très remarquable éloge de Lasègue, par M. Motet.

Voici la liste des prix décernés en 1896 et des prix proposés pour 1897, 1898, 1899.

PRIX DE L'ANNÉE 1896.

Prix de l'Académie. 1000 fr. (1). Question : *Du rôle respectif de l'hérédité et de la contagion dans la propagation de la tuberculose.* 1° Un prix de 600 fr. à M. Georges Kuss, interne des hôpitaux de Paris. 2° Encouragement de 400 fr. à M. Ausset, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). 800 fr. Partagé entre M. E. Cassaët, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux et M. Ferrier, médecin-major de 2e classe, répétiteur à l'école du service de santé militaire de Lyon.

Prix Amussat. 1.000 fr. (Bisannuel). 600 fr. à MM. Delorme, professeur et Chavasse, agrégé à l'Ecole de Médecine militaire du Val-de-Grâce. 400 fr. à MM. Mauclaire, de Paris et de Bovis, médecin aide-major de 1re classe au 46e d'infanterie, Paris.

Prix Baillarger. 2.000 fr. (Bisannuel). Un prix de 1.000 fr. est décerné à M. Paul Sérieux, médecin de l'Asile de Villejuif.

Prix Barbier. 2.000 fr. L'Académie ne décerne pas le prix, mais accorde les encouragements suivants : 1° 1000 fr. à M. Adrien Lucet, médecin-vétérinaire à Courtenay (Loiret); 2° 400 fr. à M. Séné, de Paulliac (Gironde), 3° 200 fr. à M. Lœwenberg, de Paris; 4° 200 fr. à M. E. Marchoux, médecin des colonies, à Dakar (Sénégal); 5° 200 fr. à M. P. de Nucé, de Souillac (Lot).

Prix Charles Boullard 1.200 fr. (Bisannuel). Une somme de 800 fr. est partagée à titre de prix entre M. E. Régis, chargé du cours des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Bordeaux, et M. Ed. Toulouse, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Paris. Une somme de 400 fr. est partagée à titre de récompense entre M. Samuel Garnier, directeur de l'Asile de Saint-Ylie, près Dôle (Jura) et M. Alexandre Paris, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Maréville.

Prix Mathieu Bourceret. 1.200 fr. L'Académie partage le prix entre M. E. Théremin, de Saint-Pétersbourg et M. Paul Launay, de Paris. Des mentions très honorables sont accordées à : M. E. Biétrix, préparateur du laboratoire de zoologie maritime de Concarneau et M. Léon Germe, ancien professeur à l'Ecole de Médecine d'Arras.

Prix Henri Buignet. 1.500 fr. M. G. Bertrand, préparateur de chimie au Muséum d'histoire naturelle de Paris. Mentions honorables à M. E. Gautrelet, de Vichy; M. Moraigne, de Paris, et M. Maurice Arthus, professeur à la Faculté de Médecine de Fribourg.

Prix Capuron. 1.400 fr. Question : *De l'influence des maladies du poumon de la mère sur l'état de santé du fœtus.* M. Chambrelent, professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Prix Chevillon. 1.500 fr. Partagés entre M. Boinet, professeur à l'Ecole de Médecine de Marseille et M. Melville Wassermann, de Paris.

Prix Civrieux. 1.000 fr. Question : *De l'hallucination dans les maladies mentales.* M. Paul Sérieux, médecin de l'Asile de Villejuif (Seine). Encouragement à M. Albert Pégurier, médecin aide-major de 1re classe, au 142e d'infanterie.

Prix Daudet. 1.000 fr. Question : *Des angines couenneuses non diphtériques.* M. Jacquemart, de Paris. Mention honorable à M. Cassedebat, médecin-major au 2e régiment de zouaves, à Oran.

Prix Desportes. 1.300 fr 1° 700 fr. à M. A. F. Dubergé, médecin principal à Toulon; 2° 300 fr. à M. Paul Claisse, de Paris; 3° 300 fr. à M. J. Goldschmidt, de Paris.

Prix Falret. 900 fr. (Bisannuel). Question : *Le morphinisme et la morphinomanie.* 1° 300 fr. à M. Jacquemart, de Paris; 2° 300 fr. à MM. Paul Rodet, de Paris; 3° 300 fr. à MM. André Antheaume et Raoult Leroy, internes à l'Asile Saint-Anne. Mention très honorable à M. L. Guinard, chef des travaux physiques à l'Ecole vétérinaire de Lyon

Concours Vulfranc Gerdy. L'Académie a versé, en 1896, les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 1° 1,500 fr. à M. Griner; 2° 1.500 fr. à M. Page; 3° 500 fr. à M. Ranglaret; 4° 500 fr. à M. Leblanc MM. Ranglaret et Leblanc, ayant terminé leur stage à la satisfaction de la Commission permanente des eaux minérales, l'Académie leur accorde en outre le titre de Lauréat (*Prix d'Hydrologie*).

Prix Ernest Godard. 1.000 fr. 1° 600 fr. à M. Ernest Parié, de Paris; 2° 200 fr. à M. Fernand Bezançon, de Paris; 3° 200 fr. à M. Pierre Bonnier, de Paris.

Prix Théodore Herpin, de Genève. 3.000 fr. M. Gilles de la Tourette, de Paris. Mentions honorables à : 1° MM. Arthur Claus, d'Anvers, et Omer Van der Stricht, de Gand; 2° M. Gustave Durante, de Paris.

Prix Hugo. 1.000 fr. Quinquennal. 1° 500 fr. à Maurice Albert, professeur à l'Ecole militaire de Saint-Cyr; 2° 500 fr. à M. G. Péry, bibliothécaire de la Faculté de Médecine de Bordeaux. Mentions honorables à : MM. Buret, Cabanès, Edmond Dupouy, de Paris; Binet, de Toul; Edwrad Ehlers, de Copenhague; Samuel Garnier, de Saint-Ylie, Jura; Constantin Lambros, d'Athènes; Neumann professeur à l'École vétérinaire, de Toulouse, et M. Auguste Brachet, de Menton.

Prix Laborie. 5.000 fr. Un prix de 4,500 fr. à MM. Delorme

(1) Les prix dont le chiffre n'est pas suivi d'aucune mention sont les prix annuels.

professeur et M[illegible], agrégé de l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce.

Prix du baron Larrey. 500 fr. M. Du[illegible], médecin principal de 1re classe, professeur au Val-de-Grâce. Mentions honorables à : 1° M. Henri Blaise, de Montpellier; 2° MM. F. Burot et à A. Legrand, médecin de la marine, à Rochefort-sur-Mer; 3° M. Marty, médecin-major de 1re classe, hôpital militaire de Belfort.

Prix Laval. 1.000 fr. M. Léon Babonneix, étudiant en médecine, de la Faculté de Paris.

Prix Lefèvre. 1.800 fr. Trienna. Question : *De la mélancolie.* MM. Roubinovitch et Toulouse, chefs de clinique à l'asile Sainte-Anne. Mention honorable à MM. J. Toy et Th. Taty, chefs de clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Lyon.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère, Drôme. 2,600 fr. 1° 1.400 fr. à M. F.-J. Collet, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon; 2° 600 fr. à M. Em. Ménière, de Paris; 3° 600 fr. à M. Pierre Bonnier, de Paris.

Prix Adolphe Monbinne. — 1.500 fr. L'Académie partage le prix de la manière suivante : 1° 1.000 fr. à M. Emile Legrain, de Bougie (Algérie); 2° 500 fr. à M. J.-B. Piot, vétérinaire en chef des domaines de l'État égyptien. Mentions honorables à M. A. Knopf, de New-York et Mme Dorothée Chellier, docteur en médecine, à Paris.

Prix Orfila. 2.000 fr. (Bisannuel). Question : *Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer la dysentérie lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale ?* M. O. Arnaud, médecin-major de 2e classe, attaché à la direction du service de santé du 12e corps, à Limoges. Mentions très honorables à M. Louis-Edmond Bertrand, médecin en chef de la marine, à Toulon, et à M. Pierre Bouquet, de Roissy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Prix Oulmont. 1.000 fr. M. Samuel Banzet, interne (médaille d'or, au concours annuel du prix de l'internat des hôpitaux de Paris (chirurgie) a obtenu le prix.

Prix Portal. 600 fr. Question : *Anatomie pathologique du système lymphatique (réseaux, canaux et ganglions), dans la sphère des néoplasmes malins.* L'Académie partage le prix entre : M. et Mme Christiani, docteurs en médecine, à Genève, MM. François Barjon et Claudius Regaud, interne des hôpitaux de Lyon.

Prix Pourat. 1.000 fr. Question : *Des relations qui existent entre la thermogenèse et les échanges respiratoires.* M. Laulanié, directeur de l'École vétérinaire de Toulouse.

Prix Saintour. 4.400 fr. (Bisannuel). 2.000 fr. partagés entre MM. Albert Héron, de Paris, et Emile Boix, de Paris. Des récompenses sont [illegible] à 1° [illegible] à M. E. Gaucher, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris; 2° 400 fr. à M. G.-H. Lemoine, professeur agrégé au Val-de-Grâce; 3° 400 fr. à M. A. Leray; 4° 400 fr. à M. J. Roubinovitch, de Paris; 5° 400 fr. à M. Lecert, de Saint-Julien-de-Concelles (Loire-Inférieure); 6° 400 fr. à M. H. de Brun, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth (Syrie). Mentions honorables à MM. C. Fournier, d'Amiens; G. Lanth, au [illegible]; B. Lœvenberg, de Paris, Ch. Pepin, de Dinan; et Em. Sergent, de Paris.

Prix Saint-Paul. 25.000 fr. Le prix a été partagé entre MM. Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur, de Paris, et Emile Behring, de Marburg-sur-Lahn (Allemagne). Les autres travaux présentés à l'Académie ne sont pas récompensés.

Prix Stanski. 1.800 fr. (Bisannuel). M. L. Renon, de Paris.

Prix Vernois. 700 fr. Le prix n'est pas décerné. L'Académie accorde les [illegible] 200 fr. à MM. [illegible], médecin-major de 2e classe au 5e régiment de hussards à V[illegible], et H. Polin, médecin-major de 1re classe au 56e régiment d'infanterie à Chalon-sur-Saône; 2° 200 fr. à M. P. Jean Nivière, [illegible] de la marine, à Lyon; 3° 200 fr. à M. Ch. [illegible], médecin principal de 1re classe, directeur du service de santé du 2e corps d'armée à Amiens. 4° 100 fr. à M. Massenet, de [illegible].

Mention honorable à M. A. [illegible].

SERVICE DES EAUX MINÉRALES.

1° *Médaille d'or,* à : M. [illegible] (Balaruc-les-Bains).

2° *Rappel de médaille d'or,* à : M. [illegible].

3° *Médailles d'argent,* à : MM. B[illegible], chef du service des Eaux minérales au laboratoire [illegible]; [illegible], médecin-major de 1re classe, médecin de l'hôpital militaire de Bourbonne; E[illegible] (Biarritz); Mallat (Vichy).

4° *Rappels de médailles d'argent,* à : MM. [illegible] (Evian-les-Bains); L[illegible] (Salins-M[illegible]); L[illegible] (Royat).

5° *Médailles de bronze,* à : MM. Barrabé (Bagnoles-de-l'Orne); [illegible]-les-Bains; [illegible] (Aix-les-Bains); Jules Félix (Bruxelles); Van Merris, médecin principal de 1re classe (Amélie-les-Bains).

SERVICE DES ÉPIDÉMIES.

1° *Médailles d'or,* à : MM. H. Vincent, médecin-major de 2e classe, attaché au laboratoire de bactériologie de l'hôpital du Dey à Alger; André Dubrulle, médecin-major de 1re classe et Marotte, médecin aide-major de 1re classe, à Bourg; Eymard Lacour, pharmacien principal de l'armée, à Versailles, et Maximilien, Gavin, inspecteur principal du service des Eaux de Versailles; Hébert, d'Audierne (Finistère); Fernand Camus, médecin-major de 1re classe à Saint-Omer.

2° *Rappels de médailles d'or,* à : MM. Aubert, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire du Belvédère, à Tunis; Blanquinque (Laon); Chabenat (La Châtre, Indre); Legée (Abbeville, Somme).

3° *Médailles d'argent,* à : MM. Bassères, médecin-major de 2e classe, à Alger; J.-J.-A. Dardignac, médecin-major de 1re classe, à Beauvais; Jules Meyer, médecin aide-major de 1re classe, à El-Aricha; Trouillet, médecin-major de 2e classe, à Dijon.

4° *Rappels de médailles d'argent,* à : MM. André (Toulouse); L. Bard (Lyon); H. Geschwind, médecin principal de 2e classe; Jaubert, médecin-major de 2e classe (Mont-Dauphin, Hautes-Alpes); Lesueur (Bernay, Eure); Mathieu (Vassy, Haute-Marne); H. Pauthier (Senlis, Oise); Raynaud (Alger); Rousseaux (Vouziers, Ardennes); Vergely (Bordeaux).

5° *Médailles de bronze,* à : MM. Bousseau (Cholet); Dommartin, médecin-major de 2e classe; Dupuy (Saint-Denis); Foucault (Fontainebleau); Herland (Rosporden, Finistère); Lallemant, médecin-major de 1re classe (Saint-Etienne, Loire); Matignon, médecin aide-major de 1re classe (Pékin); Muller (Saint-Quentin, Aisne); Omont (Pont-Audemer, Eure); Pinatel (Urt, Basses-Pyrénées); Spiral (Montmédy, Meuse); Szczypiorski (Mont-Saint-Martin, Meurthe-et-Moselle).

6° *Rappels de médailles de bronze,* à : MM. Boyer (Commercy, Meuse), Cassedebat, médecin-major de 1re classe au 2e régiment de zouaves (Oran); Cerf Mayer (Brest); Legros (Rochefort-sur-Mer); Lop (Marseille); Richer de Forges (Morlaix, Finistère); Thibaudet (Chatillon-sur-Chalaronne, Ain).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE.

1° *Médaille d'or,* à : M. Savouré-Bonville, inspecteur départemental de l'Eure (Evreux).

2° *Médailles de vermeil* à : MM. les Drs Delobel (Noyon, Oise); Doumic (Pontoise); Durand (Auxigny, Cher); Gaudefroy (Vatan, Indre); Giersi[illegible]ski (Ouarville, Eure-et-Loir); Rivière (Bordeaux).

3° *Rappels de médailles de vermeil,* à : MM. les Drs Barthès (Caen); Capelle (Hermies, Pas-de-Calais); Denizet (Melun); Jenot (Dercy, Aisne); Mazade (Marseille); Picard (Selles-sur-Cher, Loir-et-Cher); Regnoul (Villeneuve-la-Guyard, Yonne); Sutils (La Chapelle-la-Reine, Seine-et-Marne).

4° *Médailles d'argent* à : MM. les Drs Bauzon (Chalon-sur-Saône); Brallet (Le Thillot, Vosges); Brun (Ladon, Loiret); Delfau (Paris); Espagne (Montpellier); Joly (Fauquembergues, Pas-de-Calais); Nory (Sainte-Suzanne, Mayenne); Veillard (Lorris, Loiret); John Lemoine (Paris).

5° *Rappels de médailles d'argent,* à : MM. les Drs Auge (Reuilly, Cher); Barathier (Jeugny, Aube); Dumée (Nemours, Seine-et-Marne); Grosjean (Montmirail, Seine-et-Marne); Lehec (Châtillon-sur-Indre, Cher); Picard (Lagny, Seine-et-Marne); Surblé (Corbeil); Trotignon (Issoudun, Indre).

6° *Médailles de bronze,* à : MM. les Drs Ansaloni (Romorantin, Loir-et-Cher); Auvert (Aurillac); Bec (Avignon); Beullard (Villefranche, Yonne); Boucoiran (Saint-Brieuc); Bourdon (Méru, Oise); Brud (Tournon-Saint-Martin, Indre); Cantin (Brie-Comte-Robert, Seine-et-Marne); Cornilleau (Boëssé-le-Sec, Sarthe); Delaville (Sailly-sur-la-Lys, Pas-de-Calais); Dermigny (Saint-Simon, Aisne); Desplantes (Nogent-le-Rotrou, Eure-et-Loir); T. Dodeuil (Ham, Somme); Dupont (Nogent-sur-Vernisson, Loiret); L[illegible]hmanoff (Saint-Calais, Sarthe); Féraudi (Nice); Foucart (Sézanne, Marne); Girat fils (Neuvy-Saint-Sépulcre, Indre); Girat père (Neuvy-Saint-Sépulcre); Gruson (Marquise, Pas-de-Calais); Ladevèze (Saint-Florent, Cher); Lauth (Saint-Germain-en-Laye, Seine-et-Oise); Lautré (Toulouse); Lebault (Saint-Vit, Doubs); Lesueur (Bernay, Eure); Limasset (Dormans, Marne); P. A. Lop (Marseille); Morère (Palaiseau, Seine-et-Oise); Painchaud (Fresnoy-le-Grand, Aisne); Paté (Le Thour, Ardennes); Tasson (Leugny, Yonne); Tissié (Bordeaux); Villard (Verdun, Meuse).

SERVICE DE LA VACCINE.

Un prix de 1.500 fr. à partager ainsi qu'il suit :

700 fr. à M. F. H. Lemoine, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce, 500 fr. à M. Ausset, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille, 400 fr. à M. Duvigneau, médecin principal des colonies.

Quatre médailles d'or, à : MM. J. Delobel et P. Cozette (Noyon, Oise); Hauer, médecin de 1re classe des colonies; A. Loir, direc-

teur de l'Institut Pasteur de la Régence de Tunis : A. Lop (Marseille).

Cent médailles d'argent, notamment à MM. les docteurs :

Albert (Toulouse), Auvert (Aurillac), Baratier (Jeugny, Aube); Bascou (Bouisse, Aude); Bastiou (Plouaret, Côtes-du-Nord); de Béchon (Brest), Bellot (Constantine), Bergasse (Valence), Bernard (Toulouse), Beumier (Tiaret, Algérie); Biat (Liévin, Pas-de-Calais). Bompaire (Millau, Aveyron); Boureau et Chaumier (Tours), Bourgain (Boulogne-sur-Mer), Buy (Fort National, Algérie). Cassedebat (Oran), Cazanova et Couret (Fort-National, Algérie); Chabaud (Prades, Ardèche); Chapoy et Gounand (Besançon). Chereux (Quimper), Chonnaux-Dubisson (Villers Bocage, Calvados); Ciaudo (Nice), Coiffier (Au Puy, Haute-Loire); Colin (Quimper), Convers (Saint-Etienne), Cordillot (Orléansville), Courrent (Tuchan, Aude); Crimail (Nantes), Darget (Orthez, Basses-Pyrénées); Davéo (Paris), Debreil (Lille), Deschamps (Montigny, Haute-Marne); Druelle (Outreau, Pas-de-Calais), Dubuisson (Chateauneuf, Finistère), Dufourcq (Salies, Basses-Pyrénées), Durand (Marseillan, Hérault), Duvernet (Paris), Farganet (Gardaïa, Algérie); Feltz (Saint-Denis); Fontaine (Tonkin), Foucart (Sezanne, Marne); Fuzet-du-Pouget (Casteljau, Ardèche); Gerard-Laurent (Sanvic, Seine-Inférieure); Getten (Pouillon, Landes); Girat (Neuvy-sur-Sépulcre, Indre), Gomot (Guéret), Grias (Pont-Avenir, Finistère); Guével (Poet-l'Abbé, Finistère), Hebert (Audierne, Finistère); Huguet (Sidi-Aissa, Algérie); Jaurès (Dourgne, Tarn); Jenot (Dercy, Aisne); Juppé (Arudy, Basses-Pyrénées); Laffage (Dra-el-Mizan, Algérie); Lafaye (Laghouat). Lagarde (Montauban). Leclercq (Djelfa, Algérie); Le Febvre (Morlaix), Lépinay (Saigon). Mangenot (Boghar, Algérie); Marty (Bou-Saâda, Algérie); Massina (Au Boulou, Pyrénées-Orientales); Massonet (Béni-Indel, Algérie); Matignon (Pékin), Mercier (Versailles), Merz (Lyon), Montel (Elbeuf), Morvan (Pleybel, Finistère); Mougeot (Saigon), Néis (Pont-Croix, Finistère); Olier et Breuil (Dinan, Côtes-du-Nord); Perrier (Nîmes), Quéré (Callac, Côtes-du-Nord); Rotillon (Paris), Sanquer (Morlaix), Schwartz (Affreville, Algérie); Sudour (Bayonne), Sutils (La Chapelle-la-Reine, Seine-et-Marne); Tanguy (Plouescat, Finistère); Valicourt (Philippeville), Vivier (Angoulême); de Welling (Rouen).

Prix proposés par l'Académie de Médecine pour les années 1897, 1898 et 1899.

Pour les prix proposés pour les années 1897 et 1898 voir *Progrès médical* 1895.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1899.

(*Les concours seront clos fin février* 1899).

Prix de l'Académie. 1000 fr. Question : *Physiologie et pathologie de la glande thyroïde*.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). 800 fr. A l'auteur du meilleur mémoire, ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Amussat. 800 fr. (Bisannuel). A l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix d'Argenteuil. 6.800 fr. (Sexennal). A l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des autres maladies des voies urinaires.

Prix Barbier. 2.000 fr. A celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Mathieu Bourceret. 1.200 fr. A l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. 1.500 fr. A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la [illegible] de la chimie aux sciences médicales. [illegible] les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Ce prix ne sera pas partagé.

Prix Capuron. 1.000 fr. Question : *Des [illegible] du placenta et des membranes de l'œuf [illegible] dans l'utérus*.

Prix Chevillon. 1.500 fr. A l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. 800 fr. Question : *Du [illegible]*.

Prix Daudet. 1.000 fr. Question : *Du [illegible]*.

Prix Desportes. 1.200 fr. Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique [illegible].

[illegible] Le [illegible] (Corréze) [illegible] me à entretenir [illegible] des principales stations minérales de France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours [illegible] devant l'Académie de Médecine. L'Académie met au concours [illegible] de [illegible] aux eaux minérales. Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de Médecine.

Prix [illegible]. [illegible] fr. Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix [illegible]. 3 000 fr. A l'auteur du meilleur ouvrage sur [illegible] et les maladies nerveuses.

Prix [illegible]. [illegible] fr. A l'auteur du travail qui aura fait avancer [illegible] la science de la chirurgie.

Prix du baron [illegible]. [illegible] fr. A l'auteur du meilleur travail de [illegible].

Prix [illegible]. 1.000 fr. A l'élève en médecine qui se sera montré le plus [illegible]. Le choix de [illegible] appartient à l'Académie de Médecine.

Prix [illegible]. 1.800 fr. ([illegible]). Question : *De la mélancolie*

Prix [illegible] aîné père et fils de [illegible] (Drôme). 2.600. A l'auteur du meilleur travail sur les [illegible] des yeux.

Prix Adolphe Monbinne. 1.500 fr. Destiné à subventionner, par une [illegible] annuelle (ou biennale de préférence), des missions [illegible] d'intérêt [illegible] médical, chirurgical ou vétérinaire.

Prix [illegible]. [illegible] fr. A l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe [illegible] non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Philippe Ricord. 600 fr. ([illegible]). A l'auteur du meilleur ouvrage paru dans les deux ans sur les maladies vénériennes.

Prix [illegible]. [illegible] fr. Au meilleur travail sur l'hygiène.

Prix [illegible]. [illegible] fr. A l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat [illegible].

Prix [illegible]. [illegible] fr. Question : *[illegible] sur les animaux [illegible]*.

Prix [illegible]. [illegible] fr. Question : *[illegible] des documents [illegible] à [illegible] la question de la destination [illegible] albuminoïdes*.

Prix Philippe Ricord. [illegible] fr. ([illegible]). A l'auteur du meilleur ouvrage paru dans les deux ans sur les maladies vénériennes.

Prix Vernois. [illegible]00 fr. Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

A. P.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du [illegible] décembre 1896. — PRÉSIDENCE DE M. CH. MONOD.

De l'appendicite.

M. BRUN rappelle qu'il a enlevé des appendices transformés en cavité close et que dans aucun cas il n'y avait d'accidents infectieux véritables. Ces faits sont la condamnation de la théorie émise par M. Dieulafoy.

M. WALTHER défend les idées de M. Brun. En 1896, il a vu [illegible] cas d'appendicites [illegible], dont [illegible] furent opérées. Dans 3 cas, il s'agissait d'une [illegible] locale, consécutive à de l'entéro-colite [illegible]. [illegible] sont dus à de l'entéro-colite chronique. Sur [illegible] opérations [illegible] ont eu lieu à froid; et dans 1 cas on a noté une [illegible]. 10 cas ont été opérés en poussées aiguës [illegible]. M. Walther montre une pièce se rapportant à une première poussée d'appendicite, accompagnée par des phénomènes [illegible].

M. JALAGUIER [illegible] à la théorie de M. Talamon. Aujourd'hui pour lui l'oblitération de l'appendice est une conséquence [illegible] de l'appendicite. Les coprolithes et les rétrécissements ne [illegible] pas être le point de départ des [illegible] d'appendicite. D'ailleurs on enlève des appendices [illegible], qui n'ont pas [illegible]. M. Jalaguier croit que [illegible] l'appendicite est une manifestation locale d'une [illegible]. La virulence des microbes qui se [illegible] l'appendice semble se trouver exagérée par [illegible] et les agents pathogènes paraissent [illegible] à s'éliminer dans ce [illegible].

[illegible]

M. [illegible] *œsophagotomie* [illegible] par M. LEMAITRE [illegible] d'une [illegible] en plomb, arrêtée au [illegible] suppuration des fils. [illegible] encore. C'est le cas [illegible] la dilatabilité [illegible] peut induire en erreur

au point de vue du diagnostic des corps étrangers de ce conduit. — M. Broca cite en outre un cas personnel d'œsophagostomie pour un cas de rétrécissement cicatriciel. Mort par tuberculose.

Cancer volumineux du foie opéré.

M. Segond. — On n'a opéré jusqu'ici qu'une douzaine de cas de cancer primitif du foie (8 cancers, 3 sarcomes, 1 adénome). Contrairement à ce qu'on aurait pu supposer *a priori*, dans la plupart des cas ces cancers ont paru facilement opérables. La mortalité d'ailleurs n'est pas grande, puisque, sur 12 cas, il y a eu 2 guérisons. Le diagnostic est, par contre, des plus difficiles. — M. Segond a opéré récemment un cas de ce genre; mais la malade est morte de choc vingt-quatre heures après. Il a fait le traitement extrapéritonéal du pédicule. On opérait par une tumeur fibro-kystique du fond de l'utérus; l'erreur de diagnostic a donc été formidable. A la laparotomie, on trouva une tumeur à peine adhérente au fond de l'utérus, mais qui remontait à droite vers le foie. Elle était mobile transversalement, et pédiculisée au niveau de l'organe hépatique. On l'enleva facilement. C'était un épithélioma trabéculaire du foie.

M. Terrier donne quelques détails sur les différents procédés employés pour enlever les tumeurs du foie.

M. Verchère lit un travail sur la *période prémonitoire des rétrécissements du rectum.*

M. A. Marchant présente une *anse d'intestin perforée par gangrène, traitée par l'entérectomie* et un *appendice* enlevé.

M. Quénu présente une *photographie de la main exécutée à l'aide des rayons de Rœntgen.* Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 3 décembre 1896.

M. Ledouble (de Tours) présente à ses collègues deux pièces anatomiques offrant le plus grand intérêt. La première est l'*omoplate droit d'un aliéné*, dont le squelette ne présentait d'ailleurs aucune autre particularité à signaler. On y remarque, dans la fosse sous-épineuse, séparant le sous-épineux du grand et du petit rond, une crête très saillante, volumineuse et irrégulière; l'anatomie comparée nous apprend, ajoute l'auteur, que cette disposition est la règle chez les ursidés et les édentés.

La seconde est le *crâne d'un supplicié*, présentant une atrophie des apophyses mastoïdes, de l'ostéoporose des pariétaux, et une union complète des apophyses clinoïdes antérieures, moyennes et postérieures; on sait que cette soudure est constante chez l'orang. L'auteur, très circonspect, ajoute qu'il n'essayera pas d'établir une relation, entre la criminalité de l'individu et ces anomalies osseuses.

Cette communication est suivie d'une discussion a laquelle prennent part MM. Laborde, Hervé, Manouvrier, etc. Il résulterait de cette discussion, que les divers Anthropoïdes tendent vers l'homme par des systèmes différents; c'est ainsi que l'orang, par le cerveau, est celui qui s'en rapproche le plus; le chimpanzé, lui, s'en rapprocherait le plus par le système musculaire.

M. Bonnemère présente à la Société la *photographie d'un menhir*, au sujet duquel circule une légende qu'il s'efforce de détruire. Félix Regnault.

La Faculté de Médecine de Paris au Conseil académique de Paris. — M. Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine a prononcé l'éloge des membres de la Faculté, décédés au cours de l'année, MM. les Prs Sappey, G. Sée et Pajot, MM. les agrégés Paul Terrillon, Desprez, [illegible] et Hanot. Il a fait connaître que le nombre des étudiants qui était de 5.445 l'an dernier est descendu à 5.17[illegible], par suite des [illegible] prises pour que les [illegible] des [illegible] se [illegible] dans les facultés [illegible]. Le nombre des étudiants étrangers [illegible] 454 femmes. Pendant la dernière [illegible] examens ont été subis, dont [illegible] de études [illegible] des étudiants dans les hôpitaux. [illegible] aux étudiants [illegible] qu'ils doivent acquérir et pour rester à la hauteur de sa réputation scientifique.

CORRESPONDANCE

A propos de l'Écriture en Miroir.

Paris, 9 décembre.

A M. le Dr Marcel Baudouin,

Monsieur,

On sait que l'écriture en miroir doit être considérée comme l'écriture normale de la main gauche. Il y a dans l'hémisphère droit (mouvements de la main gauche) un centre des images des lettres et des mots et un centre des mouvements nécessaires à leur formation qui, chez les droitiers normalement inutile, reste à l'état d'ébauche Mais chez un sujet hémiplégique droit et atteint de cécité verbale (circonstance favorable à la production du symptôme), le centre de la mémoire motrice graphique ébauché dans l'hémisphère droit devient le centre naturel des moyens de communication avec l'extérieur par la parole écrite; son fonctionnement donne une écriture qui, gardant la direction centrifuge de l'écriture normale, est dite « écriture en miroir. »

Arrivons à la parole en miroir; il nous semble qu'il faut y voir le résultat du fonctionnement de centres de suppléance dans l'hémisphère droit. Voici comment. Le malade, par suite de l'insuffisance ou de l'annihilation de ses centres de l'hémisphère gauche fait appel à ceux de l'hémisphère droit; mais, ne peut-on supposer que ces centres à l'état d'ébauche, trop peu développés pour avoir chacun leur fonctionnement propre, parfait, suppléent à cette faiblesse individuelle par une association commune, que le malade voit ses mots, les *écrit virtuellement* pour ainsi dire, avant de les articuler et, par suite, les articules dans l'ordre où il les écrirait réellement : l'ordre de l'écriture en miroir.

Il y aurait ainsi analogie avec les cas où certains sujets atteints de cécité verbale suppléent à la mémoire visuelle du mot par son image motrice graphique et ne *peuvent lire qu'en écrivant*, les mouvements nécessités réveillant dans leur esprit l'image et la signification du mot (J.-B. Charcot).

Le malade ayant « de la parole en miroir » ne pourrait, lui, parler qu'en faisant fonctionner son centre de la mémoire visuelle verbale et son centre moteur graphique du côté sain. Si cette conception hypothétique, mais non invraisemblable, peut s'admettre, il est de toute évidence que la formule psychique du sujet est très importante pour la production du phénomène, « un moteur » nous semblant particulièrement apte à le réaliser.

Veuillez agréer, etc...

Gaston Legros, *externe des hôpitaux.*

Nous remercions M. Legros de son intéressante communication et laissons aux personnes compétentes le soin d'apprécier l'explication, en effet très vraisemblable, au moins pour la forme signalée par M. le Pr Grasset, qu'il donne du syndrome que nous avons signalé à l'attention des neurologistes. Pour nous, un peu rouillé avec ces questions ardues depuis notre sortie de l'internat, — ce que nous regrettons vivement —, nous nous garderons bien d'émettre la moindre hypothèse; mais nous recevrons toujours avec plaisir les remarques qu'on nous adressera à ce propos. M. B.

Universités étrangères. — *Faculté de médecine de Heidelberg.* M. le Dr B. von Beck, privatdocent de chirurgie, est nommé professeur extraordinaire. — *Faculté de médecine de Kazan.* M. le Dr W. Rasoumowski est nommé professeur ordinaire de clinique chirurgicale en remplacement de M. Kousmine démissionnaire. — *Faculté de médecine de Rome.* M. le Dr Vittorio Ascoli est nommé privatdocent de pathologie médicale. — *Ecole de médecine de Sheffield.* M. le Dr Ch. Addison est nommé professeur d'anatomie. — *Université de Sydney.* Sont nommés lecteurs : MM. les Drs J. Foreman (gynécologie) ; J. Graham [illegible]. (*Sem. méd.*).

Distinctions honorifiques. — Les palmes d'Officier d'académie ont été remises récemment à M. le Dr Vollier, par le Ministre de l'Intérieur.

BIOGRAPHIE MEDICALE

—

Les Médecins contemporains.

M. le Dr Henri HUCHARD (de Paris).

M. le Dr Henri Huchard, qui vient d'être nommé membre de l'Académie de Médecine dans la section de thérapeutique, est médecin des hôpitaux et s'est fait connaître surtout par son passage à l'Hôpital Bichat. Comme homme de science, c'est le type du parfait clinicien de l'ancienne école; et, comme homme tout court, celui du praticien thérapeute, à l'âme droite et honnête, qui, venu de sa campagne, a réussi à se créer à Paris, par son travail acharné, une des premières places dans le monde médical.

Né le 4 avril 1844 à Auxon (Aube), il fut reçu interne des hôpitaux en 1867 et eut pour chefs Cruveilhier, Potain, Parrot, Verneuil, Desnos et A. Ollivier. Docteur en médecine en 1872, il était la même année nommé Chevalier de la Légion d'honneur pour soins donnés aux varioleux en 1870. Elève d'Axenfeld, ce maître éminent mort trop tôt, Huchard publia d'abord une nouvelle édition de l'œuvre capitale de ce professeur de talent, le fameux *Traité des Névroses*, dont la deuxième édition date déjà de 1882, et qu'on oublie trop de nos jours.

Le 27 avril 1889, mon ami M. de Fleury faisait de lui, dans le *Figaro*, ce portrait très ressemblant, qui reste toujours des plus exacts, comme le montrera sa comparaison avec celui plus récent du *Correspondant Médical*.

M. le Dr [illegible]

» Il [illegible] se dégarn[illegible] des cheveux [illegible] barbe en pointe aigüe, [illegible] dénuées d'élégance, des [illegible] et bien bâti; il a gardé, [illegible] d'allures, la finesse rusti[illegible] velisme, la franchise [illegible] de manières, [illegible] « il a la tête près du bonnet » [illegible] braves gens. Sans recher[illegible] même très peu mondain, il a [illegible] la plus mondaine et la plus [illegible] »

Il a pour [illegible] favori cette phrase qu'il aime à redire : « L'avenir est aux [illegible] qui se lèvent tôt. » Aussi se lève-t-il à quatre heures, en toute saison : et, s'il s'autorise à prendre, ces temps-ci, un peu plus de prestance corporelle, c'est qu'il est, d'ores et déjà, un homme arrivé... »

Ce que vient de prouver son élection à l'Académie de Médecine par 74 voix sur 84 votants.

M. Huchard s'est presque spécialisé dans ses études de clinique. On dit de lui, comme de M. Potain, son maître, qu'il est un « cardiaque », c'est-à-dire un médecin s'occupant avec prédilection des affections du cœur. Et, en fait, depuis son entrée dans les hôpitaux, avec cette solide patience qui le caractérise, il s'est attaqué aux maladies les plus délicates de l'appareil circulatoire : par exemple l'angine de poitrine, l'embryocardie, qu'il a travaillées avec une prédilection telle qu'elles semblent presque être des chapitres lui appartenant en propre.

Un de ses premiers et de ses plus remarquables mémoires a trait aux *complications cardiaques de la variole* (1871). Il l'a publié en collaboration avec M. Desnos, dont il était alors l'interne; mais on peut bien faire remarquer qu'il en est le principal auteur : ce qui lui fait grand honneur. Il faut en rapprocher sa thèse de doctorat : *Etudes sur les causes de la mort dans la variole*, 1872.

Après de nombreuses monographies sur des sujets relativement obscurs, il a couronné son œuvre par la publication d'un magistral *Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux* (1 vol. in-8, 933 p., Paris 1889).

Parmi ses autres travaux sur le cœur, nous citerons plus particulièrement :

Les cardiopathies valvulaires et les cardiopathies artérielles (1887-1888). — De l'angine de poitrine vraie (1885-1886). Les cardiopathies artérielles et leur curabilité (1886; — Angine de poitrine à siège épigastrique (1887); — Sclérose du myocarde (1887); — Théorie artérielle de l'angine de poitrine vraie (1887); — Nature and treatment of true angina pectoris (*Gaill. med. J.*, 1887). — L'hypertension artérielle (1888); — L'artériosclérose du cœur (1887); — Causes et pathogénie de l'artériosclérose (1889); — La pseudo-angine de poitrine hystérique (*Progr. méd.*, 1889, 445 471, etc.); — La mort dans l'angine de poitrine (1889); — Embryocardie ou rythme fœtal des bruits du cœur (1888-1889); — Le cerveau cardiaque (1891); — Artériosclérose de la pointe du cœur (1891); — Leçons sur les aortites (*Progrès médical*, 1892); — Traitement de l'angine de poitrine (1892); — Traitement des cardiopathies artérielles (1892); — Des artérites chroniques (1892); — Endocardite infectieuse pneumonique (1893); — Dyspnées et cardopathies artérielles (1893); — L'asystolie nerveuse (1893); — Rétrécissement mitral des artérioscléreux (1894); — Asystolie et son traitement (1894); — Aortite péricoronarienne (1894); — Endocardite végétante d'origine pneumonique (1895) —Formes frustes de la maladie de Stokes-Adams (1895); — Rhumatisme cardiaque de l'enfant (1895); — Pseudo-hypertrophie cardiaque de croissance (1895); — Frottement péricardique (1895), etc., etc.

M. Huchard est aussi un thérapeute émérite. Sans parler de ses travaux sur l'emploi de la *caféine* à haute dose et de la *digitale*, un des chapitres de ses études sur les affections cardiaques, rappelons ses recherches sur l'*antipyrine*, le *strophanthus*, l'*uréthane*, le *Quelbracho blanco*, le *Coto* et la *cotoïne*, l'*aristol*, l'*Adonis vernalis*, et son volume de *Leçons de thérapeutique et de clinique médicales*, faites à l'hôpital Bichat, en 1889. Mentionnons encore une leçon curieuse sur la musique en thérapeutique et les préfaces qu'il a écrites pour divers formulaires, entre autres celui de MM. Bocquillon-Limousin.

Comme clinicien, il est apprécié de tous, et ceux qui ont fréquenté son service, très suivi par les médecins eux-mêmes, y ont beaucoup vu et ont beaucoup retenu. A l'école de travailleurs de l'envergure de Huchard, les jeunes, en effet, apprennent à connaître vraiment les difficultés de la pratique médicale et à respecter les exigences de la science.

A noter parmi ses publications d'ordre clinique :

[illegible] avec divers états morbides ; — E[illegible] de la pilocarpine contre le diabète et la polyurie ; — Traitement [illegible] ; — Traitement et curabilité des angines de

poitrine, 1883 ; — Du régime sec dans les maladies de l'estomac, et principalement dans la dyspepsie des liquides ; — La tension artérielle dans les maladies, et ses indications thérapeutiques ; — Aortite et tuberculose ; — De l'influence cardiaque dans les maladies ; — Utilité des injections sous-cutanées de caféine ; — Quand et comment doit-on prescrire la digitale ? — L'antipyrine dans la polyurie ; — La goutte rénale ; — Traitement de la goutte rénale ; — Contribution à l'étude clinique de l'artério sclérose du cœur ; — Contribution anatomo-pathologique de la sclérose du myocarde consécutive à la sclérose des coronaires ; — La tention artérielle dans les maladies et ses indications thérapeutiques ; — Aortite et tuberculose ; — De l'influence cardiaque dans les maladies ; — Quand et comment doit-on prescrire la digitale ; — Caractère, mœurs, état mental des hystériques.

M. Huchard, comme bien d'autres, a voulu tenter du journalisme. Il a fondé la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, qui a eu des débuts très brillants, grâce à une solide rédaction ; si les succès de jadis semblent un peu se ralentir, depuis que le journal a quitté ses allures de combat, c'est que M. Huchard, sans doute, a cru bon de changer ses batteries de place le jour où il s'est aperçu qu'il devenait candidat possible à la salle de la rue des Saints-Pères, faiblesse que tout le monde lui pardonnera, car qui veut la fin veut les moyens !... Mais le *Journal des Praticiens*, hâtons-nous de le dire, n'en reste pas moins aujourd'hui une revue analytique des plus appréciées depuis sa rentrée dans le giron de l'église orthodoxe. Comme journaliste, M. Huchard a, sinon émis le premier l'idée du Congrès de Médecine, dont le triomphe est désormais assuré, du moins rompu avec vivacité des lances en faveur de cette nouvelle tentative de décentralisation. Cela, parce que, malgré l'atténuation qui paraît s'être produite dans ses tendances combattives, il est resté, au fond, l'ennemi des monopoles et un amoureux sincère de la science française en général ; parce que, bourguignon, il n'a su prendre à Paris que ce qu'il y a de bon.

Ce médecin, qui n'a pas voyagé beaucoup, a fait, cependant un voyage en Russie, qu'il a réussi à rendre célèbre. Il est vrai que cette mission avait été bien lancée et qu'elle venait à point, à l'aurore de l'alliance franco-russe (*Lettres médicales sur la Russie*, 1888-1889) ! Cette expédition triomphale dans les steppes du Volga de la médecine française, représentée par M. Huchard et M. Schwartz en particulier, hommes assez froids de nature d'ailleurs, fut une ovation continue — à ce que conte le rapport de mission — et presque un événement diplomatique, au dire d'Horace Bianchon, qui sait placer ses pointes de douce ironie. Il n'en demeure pas moins acquis que nos illustres voyageurs surent faire apprécier là-bas les puissantes qualités de notre thérapeutique et la valeur de la clinique parisienne. Combien d'autres ont couru le monde et n'ont pas obtenu des résultats semblables !!

Marcel BAUDOUIN.

BIBLIOGRAPHIE

Sur une réaction nouvelle de l'aloès pour les expertises chimico-légales ; par M. Pierre APÉRY. — Communication faite à la Société impériale de Médecine (séance du 26 juin 1896) et à la Société chimique de Paris (séance du 10 juillet 1896).

L'on sait que l'aloès est à la fois un purgatif drastique et un emménagogue, aussi est-il souvent employé dans un but criminel pour provoquer des avortements. Plusieurs méthodes ont été, dès lors, préconisées pour déceler ce corps dans les préparations incriminées ; citons entre autres : celle de Borntrœger, à base de benzine et d'ammoniaque ; celle de Crups et Dymond, à base des acides sulfurique et nitrique avec addition d'ammoniaque ; celle de Klunge, à base de sulfate de cuivre, de chlorure de sodium et d'alcool ; et, tout récemment, celle de A. Kremel, basée sur le changement de l'aloïne en acide chrysaminique. Malheureusement, toutes ces réactions laissent à désirer, car celle de Borntrœnger est commune à d'autres corps, celle de Crups et Dymond n'est applicable, d'après Lauder-Brunton, qu'à l'aloïne de l'aloès barbades (1), celle de Klunge n'est pas non plus de grande valeur, car diverses substances réductrices peuvent influencer la réaction. Seule, la méthode de Kremel semble être la plus convenable ; cependant, comme cette méthode est basée sur la réaction de l'aloïne et que l'on doit, dans certains cas, employer l'acétate de plomb, ce dernier corps peut, d'après Ferdinand Jean et Mercier, précipiter la plus grande partie de l'aloïne (2) et, par conséquent, la méthode perd ainsi de sa sensibilité.

La réaction que je propose est basée sur l'action du perchlorure de fer sur cette gomme-résine. Voici ma méthode : L'on épuise la préparation incriminée : pâte, pilules, poudres, etc., à l'aide de l'alcool ; après filtration, l'on évapore la teinture alcoolique et l'on reprend le résidu par l'eau chaude. La solution aqueuse, filtrée à son tour, est traitée par de l'acétate de plomb en excès. L'on filtre de nouveau et l'on concentre la solution par une évaporation au bain-marie, puis l'on ajoute un peu de carbonate de soude pour précipiter l'excès du sel plombique, on filtre et l'on neutralise le liquide par quelques gouttes d'acide acétique ou nitrique. Si l'on y laisse, alors, tomber quelques gouttes d'une solution étendue de perchlorure de fer, l'on obtient immédiatement une teinte d'un rouge-marron, d'autant plus foncé que la quantité de l'aloès est en plus grande proportion. La sensibilité de cette réaction est très grande, car partie d'aloès dans 2 et même 3000 parties d'eau peut encore donner une teinte perceptible. D'après M. le Pr Brouardel, d'autres substances renfermant des tannins particuliers ou des phénols, telles que : noix de Kola, noix d'Arec, Pambotano, etc., corps à fonctions de phénol, donnent également avec le perchlorure de fer une coloration d'un brun rougeâtre. J'ai fait de nombreuses expériences en ce sens et j'ai constaté, en effet, que les substances énumérées par M. le Pr Brouardel, produisent la même réaction que l'aloès, malgré la défécation par l'acétate de plomb. Si l'on doit en croire MM. Ferdinand Jean et Mercier, cette réaction ne pourrait pas être attribuée à l'aloïne, car, d'après ces savants, l'acétate de plomb précipiterait l'aloïne, mais bien à des corps à fonctions de phénol. C'est là un inconvénient qui rendrait ma méthode insuffisante pour permettre d'affirmer la présence de l'aloès dans les expertises chimico-légales. Heureusement, l'aloès n'est guère associé avec les substances sus-mentionnées toutes les fois que ce corps est employé comme emménagogue ou abortif ; dans ce dernier cas, il est presque toujours associé avec d'autres drastiques, tels que la sabine, l'absinthe, des gommes-résines ou résines purgatives, le safran, voire même le sous-carbonate de fer, etc. Toutes ces substances n'entravent nullement la sensibilité de ma méthode. Si, parfois, l'on associe l'aloès avec des toniques, comme le kola, l'arec, ou le pambotano, c'est toujours dans un but tout autre que criminel. Toutefois, l'on doit tenir compte de la présence de ces substances, comme l'a fort judicieusement fait observer M. le Pr Brouardel, toutes les fois que ma méthode serait employée ; mais cette observation peut être également appliquée à toutes les réactions de l'aloès préconisées jusqu'à ce jour.

Sur un nouveau procédé pour déceler la présence du perchlorure de fer en présence d'autres sels ferriques ; par M. Pierre APÉRY. — Communication faite à la Société impériale de Médecine de Constantinople (séance du 26 juin 1896) et à la Société chimique de Paris (séance du 10 juillet 1896).

Lorsqu'on porte à l'ébullition une solution très étendue de perchlorure de fer (1/00 et même 3 et 4 fois plus diluée), l'on constate que la solution, d'incolore qu'elle était à froid, prend alors une teinte d'un jaune rougeâtre, pelure d'oignon. C'est là, comme l'a fait remarquer le professeur de médecine légale de Paris, M. Brouardel, une dissociation donnant naissance à un précipité d'hydrate ferrique colloïdal (soluble dans certaines conditions) qui cause la coloration de la liqueur. Faits connus, depuis les recherches de Saint-Gilles sur l'état colloïdal. C'est cette propriété spéciale qui pourrait, d'après moi, faire distin-

(1) Lauder-Brunton. — *Traité de Thérapeutique et de Pharmacologie*, page 1166.

(2) Répertoire des réactifs de Ferdinand Jean et Mercier, p. 42, année 1896.

guer, dans une solution, le sel colloïdal de fer des autres sels ferriques. En effet, si l'on prépare une solution étendue de sel de fer, tels que sulfate, nitrate, lactate, etc., et qu'on la chauffe, elle ne change pas de couleur. Si donc, l'on se trouve en présence d'une solution où l'on doit rechercher la présence d'un sel de fer, l'on peut employer d'abord les réactifs des sels ferreux et ferriques : cyanures jaune et rouge, tannin, acide salicylique, sulfo-cyanure, etc. Une fois édifié sur la présence d'un sel de fer, l'on peut déterminer le perchlorure de fer en chauffant la solution étendue qui prendrait la coloration jaune-rougeâtre, pelure d'oignon, que l'on pourrait du reste contrôler en y employant les réactifs appropriés du chlore.

Trois cas d'œsophagotomie externe pour l'extraction de corps etrangers; par O. Bulhões. — *Brazil-Medico*, juillet 1896.

Fischer après Gross n'a pu réunir que 142 cas, leur statistique montre que la mortalité est en proportion directe de la durée de l'intervalle entre l'introduction du corps étranger et l'intervention chirurgicale. 1er cas : homme ayant avalé un dentier de vulcanite, qui, arrêté à 29 centimètres de l'arcade dentaire supérieure ne permet qu'une alimentation liquide. Tout aliment solide entraîne un accès de suffocation et est rejeté. Incision allant de 2 centimètres au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire au bord supérieur du cartilage thyroïde le long du sternocleido mastoïdien, application du conducteur de Vacca, incision de l'œsophage et extraction du dentier avec un tire balle. Suture de l'œsophage au catgut et drainage de la plaie externe. Alimentation sous sonde œsophagienne avec du lait donné à la cuillère, en augmentant progressivement. Au dixième jour, alimentation solide; guérison. 2e cas : homme 18 ans, ayant avalé un noyau qui obstruait complètement l'œsophage au niveau de la quatrième dorsale. Même opération. Le malade sort guéri 19 jours après. 3e cas : homme 80 ans, ayant avalé depuis 15 jours un os arrêté au niveau de la fourchette du sternum ne permettant qu'une alimentation liquide. Même opération que plus haut, mais extraction rendu plus difficile par les pointes de l'os et son diamètre de 3 cent. 1/2. Le malade alla bien jusqu'au dix-septième jour où il mourut de syncope.

VARIA

La Médecine et les Médecins au Théâtre en 1896 (*Suite*).

L'Évasion.

Cette fois, c'est aux Français que je vais vous conduire, et je vous assure que si, sur mes conseils, vous allez voir l'*Évasion*, vous en reviendrez satisfaits ! Nous en a-t-il servi, là-dedans, du médecin, cet excellent M. Brieux, digne successeur d'Alexandre Dumas !

Pardonnez-moi de ne pas, par le menu, vous conter la pièce elle-même, malgré sa nature essentiellement biologique et médicale ; mais le cas a été si disséqué depuis huit jours par toute la grande presse, que j'aurais mauvaise grâce à y insister moi-même, à la manière des soiristes professionnels. Appuyons plutôt sur le côté scientifique, laissé un peu à l'écart et pour cause par nos illustrissimes confrères de la critique dramatique, et la partie épisodique, qui a pour base principale un éreintement en coupe réglée du grand corps médical parisien.

Elle est bien curieuse, cette pièce, d'ailleurs excellente au point de vue littéraire. L'auteur, à ce que je sache, n'est pas médecin et cependant il parle de médecine, comme s'il en vivait ! Aussi doit-il y avoir quelque part un collaborateur technique, restant dans l'ombre, car M. Brieux fustige d'une main trop assurée les travers des sommités de la science moderne et réussit trop bien à peindre des physionomies connues, aujourd'hui disparues, mais présentes encore à la mémoire de tous.

Quelles finesses, quelle justesse d'observation dans ce premier acte, où, comme dit notre « Oncle » les médecins écopent fortement ! Nous sommes chez le Dr Bertry, un professeur de clinique médicale, membre de l'Académie de Médecine, très décoré, vieil affamé de gloire, d'argent et d'honneurs encore plus que de science, et un maître en l'art de la réclame. Il raconte sa vie — c'est l'exposition — et immédiatement le médecin journaliste dépiste les modèles qui ont dû poser. C'est presque la biographie de Germain Sée qu'on nous raconte, avec des réticences voulues et des changements suffisants pour que le grand public ne puisse pas trop réclamer, changements du reste rendus nécessaires par le caractère du personnage. Bertry, médecin jusque-là inconnu, devient tout à coup célèbre, grâce à l'intervention de l'Empereur, et cela en 1866 ! Il n'y a pas à s'y tromper. Mais, au lieu des médicaments nouveaux, la passion du Dr Bertry a été l'*hérédité* : ce qui ferait de suite penser à un autre modèle, si l'acteur, qui joue le rôle, n'avait pris lui-même le soin de souligner ce rapprochement, en se faisant, d'une façon très réussie de reste, la tête d'un neurologiste célèbre, à l'abri de tout reproche pourtant, le regretté Charcot. J'ajoute qu'il a épousé une veuve, qui a un fils né d'un premier mariage, et dont le père s'est suicidé, Jean Belmont. Bertry semble donc incarner deux des plus puissantes personnalités médicales de ces vingt dernières années; et de la fusion de ces deux modèles résulte un type, que Prudhon a marqué de la même griffe que le Bellac du *Monde où l'on s'ennuie.*

Le secrétaire de Bertry, M. le Dr La Belleuse, ressemble aussi terriblement à un ancien élève du Pr Charcot, fort connu dans le monde littéraire par son ruban rouge, fort honnêtement gagné à la bataille Renaudot; et on dirait que Truffier tient à accentuer encore la ressemblance physique. Mais je m'avance peut-être trop, en retrouvant dans La Belleuse un peu de mon ami La Tourette. Qu'il me pardonne, en tout cas, car je ne suis pas le seul à avoir été suggestionné par ce nouveau rapprochement qui s'impose.

Pour quiconque a connu les relations amicales de Charcot et d'Alphonse Daudet, l'auteur de l'*Obstacle*, il n'est pas possible de ne pas découvrir, en M. Bertry frère, l'ami du célèbre clinicien et le merveilleux écrivain qui a toujours combattu la doctrine de l'hérédité. M. Brieux a transformé en frère un ami sincère, et il n'y a certes rien d'étonnant à cette mutation. N'a-t-on pas dit qu'un ami véritable valait le plus proche des parents? Je crois qu'en fouillant bien l'on pourrait encore dépister les modèles des caractères de Jean Belmont et de Lucienne, l'héroïne, fille de Bertry frère, *mutatis mutandis*. Mais je ne veux pas sortir du domaine médical, où je dois borner mes impertinentes suppositions. Si d'ailleurs je me trompe — ce dont M. Brieux ne peut me faire un crime, puisqu'il ne m'a pas confié ses petits papiers, — je suis prêt à reconnaître publiquement mes torts et à avouer vains et stériles mes talents de *détective amateur*.

Après ces indiscrétions, un mot sur le fond de la pièce, la meilleure peut-être que la scène parisienne nous ait offerte depuis *Amants* de M. Donnay. Un jeune homme et une jeune fille, tous deux des héréditaires, des dégénérés plus ou moins supérieurs, s'ennuient, se le disent, et s'aiment en se lamentant, car « les dégénérés se recherchent », suivant la réflexion très profonde et très juste du Dr Bertry. C'est une variété particulière du fol amour, déjà cataloguée. Sachant qu'ils sont un peu détraqués, ils s'efforcent de réagir et de vivre comme d'honnêtes bourgeois. Ça leur réussit quelque temps, mais ne dure pas. De la brouille survient dans le ménage; cependant, tout se raccommode grâce à un coup de baguette magique, qui est tout simplement la condamnation de la science : coup de maître certainement pour l'auteur, puisqu'il enlève le public, mais coup de Jarnac très dur pour les médecins et les savants. Tout s'arrange en effet par l'éreintement de la science, qui est déclarée vaine, stérile et mensongère, par celui-là même qui a passé sa vie, avec son aide, à grimper à la Gloire. Les héréditaires se sont « évadés » de la cage qu'avaient construite à leur usage leurs parents morts ! Le proverbe : « Tel père, tel fils » n'est plus vrai. C'est la banqueroute de la science, s'écrierait Brunetière ! C. Q. F. D.

Mais, pour nous autres, ce qu'il y a de plus intéressant dans cette pièce, ce sont les épisodes professionnels dont elle est émaillée et les paroles prononcées par les médecins, toujours sur la sellette. Que de réflexions exquises, telles : « Depuis Molière, nous en avons bien vu d'autres ! (Bertry) — « Si je ne réussis pas dans la clientèle, je ferai de la politique. (Morienval). » —

« Faites n'importe quoi, mais faites quelque chose ». (Bertry à La Belleuse, au sujet d'un malade incurable). — « Le médecin, dans ce siècle sans Dieu, est devenu le prêtre d'un monde où ne règnent plus que les microbes.» (Bertry frère), tirade qui n'est pas neuve et que le *Progrès Médical* a servi sous notre signature plusieurs fois à ses lecteurs. — Le « 12 volumes chez Alcan » (Bertry). — La *Sclérose*, qu'est-ce autre chose qu'un mot ? », etc., etc.

Que de jolis effets de scène, par exemple : La biographie de Bertry, écrite par La Belleuse, avec les rectifications du maître; la manifestation « toute spontanée » de la croix de commandeur; la « blague » de la province médicale ; les multiples accès avortés d'angine de poitrine ; la bicyclette, cet appareil moralisateur par excellence (Dr Gâches-Sarraute), émoussant les sensations trop vives, transformée ici en instrument de dévergondage, etc., etc.

Mais il y a encore dans l'*Evasion* deux trouvailles qu'il faut souligner d'un gros trait de crayon. C'est d'abord l'opposition du sorcier-rebouteux (Coquelin) et du grand médecin parisien, avec la scène où l'un et l'autre finissent par se taper sur le ventre; et, d'autre part, le parallèle établi entre les maîtres de Paris et le brave médecin de campagne, le Dr Richon, qui en est toujours à Ambroise Paré ou à peu près : « Je le pansais, Dieu le guérit ! »

Plusieurs de mes amis, à l'esprit très affiné, qui ont analysé cette pièce dans des feuilles médicales, ne m'ont pas paru en bien saisir le véritable sens et la portée réelle. Qu'ils imitent, en y retournant plusieurs fois, l'auteur de ces notes hatives ; et ils verront que l'*Evasion*, malgré Sarcey, qui ne l'a pas comprise sans peine, est une pièce très claire et vraiment l'œuvre d'un homme d'avenir, d'un écrivain qui marquera sa place au théâtre, comme sa vaillante et jeune interprète, Mlle Lara (Lucienne), marquera la sienne sur les planches des Français !

Marcel BAUDOUIN.

Co-éducation dans l'Enseignement supérieur.

La co-éducation des sexes dans les plus hautes branches de la science, spécialement préparatoires à une carrière libérale, a eu tant de succès à Cornell University (Etats-Unis), et dans les autres institutions où elle a été expérimentée, qu'elle ne peut manquer d'obtenir rapidement la faveur publique. Si les sexes doivent partager les devoirs et les responsabilités de la même profession, qui les met journellement en contact, il est évident que les mêmes facilités devraient leur être accordées pour leur travail préparatoire, et qu'ils devraient être également responsables de leurs vies professionnelles et jugés, non en raison, de leur état de mâle ou de femelle, mais uniquement au point de vue de leur état de médecin. Nos garde-malades les plus populaires parmi les hommes sont des garde-malades femmes, c'est-à-dire des infirmières. Elles entrent dans la salle de malades comme infirmières, et sont prêtes à remplir tous les devoirs nécessaires pour le soulagement de ces malades; et, par le caractère de leur travail, elles ne sont ni les moins pures, ni les moins délicates, ni les moins propres à prendre leur place parmi les esprits cultivés et les gens raffinés.

Les ombres des vieux préjugés et des vieilles idées en ce qui concerne le travail de la femme et l'utilité d'un champ d'expériences pour l'exercice de ses facultés assombrit encore notre atmosphère et antagonise nos sages conseils. L'infirmière est admise dans nos hôpitaux comme une partie importante du personnel travaillant. Dans la salle d'opération, aucune n'est plus capable, et à côté du lit du malade, aucune n'est plus vigilante, aucune n'est plus délicate pour le toucher et plus prompte pour administrer les remèdes. Pourquoi, alors, admettre les infirmières à l'hopital et interdire aux femmes, en dehors de l'hopital, la profession médicale. Cette profession est sagement ouverte aux deux sexes. Il n'y a qu'une justice alors en donnant à l'un toute facilité pour que son travail soit efficace et en enlevant à l'autre tous les moyens de réussir. Une loi récente et très sage [illegible] chaque *asile d'aliénés* d'Etat à avoir au nombre de son personnel médical une *femme médecin*. Dans nos asiles d'aliénés, il y a une raison très importante en faveur de cette mesure, qui ne prévaut pas dans un hopital ordinaire. L'exclusion alors est le résultat de préjugés ou plus probablement une [illegible]

naires de l'institution, dont l'attention n'a jamais été appelée spécialement sur cette matière. Nous sommes portés à croire que si le sujet est convenablement présenté, ce simple acte de justice vis-à-vis d'une partie importante de la profession médicale, sera, comme il nous le semble, exaucé avec plaisir.

Nous voulons parler d'un autre pas important, considéré par une de nos principales Universités, lequel pas aura une influence marquante sur l'efficacité et les connaissances de la profession. Plusieurs des branches les plus importantes de l'éducation médicale forment une partie du programme des études dans nos grandes Universités. Cornell University, paraît-il, songe à faire un progrès encore plus considérable dans son travail universitaire, en augmentant son cours préparatoire de une ou deux années. Les quatre années d'études exigées par l'acte législatif peuvent être dans ce cas, divisées : deux années étant employées dans le cours préparatoire de l'Université et deux années dans une Faculté de Médecine laissée au choix de l'étudiant. La partie du cours de l'Université contiendrait ces études qui pourraient être poursuivies au laboratoire, à la bibliothèque, à la salle de cours, et au dehors avec des facilités plus grandes et une instruction plus systématique par des hommes dont la vie est consacrée à une spécialité qu'on pourrait obtenir dans le cours général d'instruction de nos Facultés. Les deux dernières années pourraient être consacrées, sous cette direction plus systématique et plus intelligente, à une instruction clinique, qui doit toujours être largement donnée dans nos grandes cités, et qui dans l'état actuel de la profession, est d'une si grande importance pour le jeune médecin. Naturellement, ce serait d'abord une expérience; mais c'est une expérience qui a été faite d'une façon satisfaisante à l'étranger et nous sommes portés à croire qu'elle le serait également ici. (*The New-York med. Times*, juin 1896, p. 179).

Dr F.

La Mortalité des Médecins.

Comment, pourquoi, et dans quelle proportion, les médecins succombent ils? M. Kostright nous l'apprend dans une curieuse statistique du *Brooklyn medical Journal*. D'après ce spécialiste, rigide comme doit l'être tout statisticien digne de ce nom, la moyenne d'âge des médecins est de 54 ans, et leur mortalité de 25,33, tandis que la mortalité est de 25,93 chez les prêtres et de 20,23 chez les gens de robe. La mortalité médicale n'est dépassée que par celle des marchands de vin, des bouchers, des mineurs et des ouvriers pauvres habitant en ville. Le suicide est plus commun chez les médecins que chez d'autres classes d'hommes adultes : ce qui s'explique assez bien. Le chiffre des morts par la phtisie est normal; la fièvre typhoïde, comporte 4 1/2 0/0, chiffre de la statistique générale de adultes.

La *sclérose artérielle* et les *autres dégénérescences des tissus* sont responsables pour 35 0/0 des morts; le chiffre normal de la statistique générale n'est que de 25 0/0. Ces maladies sont sans doute dues au surmenage, aux repas irréguliers et pris trop hâtivement, au jeûne prolongé suivi de repas trop abondants et souvent arrosés avec trop d'alcool, au manque de sommeil, etc. La difficulté d'interrompre son travail pousse le médecin à le continuer, quand son état exige le repos.

Cette dernière remarque sur le rôle de la dégénérescence et des scléroses nous paraît extrêmement exacte. Certains jeunes médecins ont souvent des troubles cardiaques, qui ne reconnaissent pas d'autres causes qu'un travail intensif et une vie des plus agitées. J'en connais personnellement des exemples probants.

M. B.

Les Médecins et l'Enseignement.

Récompenses.

Les récompenses suivantes ont été décernées aux membres de l'enseignement qui n'appartiennent pas aux écoles primaires, et aux personnes qui n'occupent aucune fonction dans l'enseignement pour services rendus aux cours d'adultes et d'adolescents comme professeurs [illegible] — *Ain*. Diplomes d'honneur : MM. [illegible] à Bourg; [illegible] (Léon), docteur-médecin à [illegible]; [illegible]llernet (Auguste), docteur-médecin à [illegible] Joux. Lettre de félicitations : M. [illegible] docteur-médecin à Chatillon-sur-Chalaronne. — *Ariège*. Diplome d'honneur : M. Fu[illegible]ron (Louis), docteur-médecin à Savignac [illegible]. — [illegible]. Lettre de félicitations : M. Courrent

(Joseph-Paul-Justin), docteur-médecin à Cuchan. — *Aveyron*. Diplômes d'honneur : MM. Canac (Charles-François), docteur-médecin à Cassagnes-Begouhès; Vigroux (Jean-Louis), pharmacien, à Cassagnes-Begouhès. — *Calvados*. Diplôme d'honneur : M. Leneveu (Gaston), docteur-médecin, à Trouville-sur-Mer. Lettre de félicitations : M. Couturier (Alexandre), docteur-médecin, à Trouville-sur-Mer. — *Charente*. Lettre de félicitations : M. Mamgaud (Edouard), pharmacien à Villefagnan. — *Cher*. Diplôme d'honneur : M. Perceau (Célestin), docteur-médecin à Verondes. — *Corrèze*. Diplôme d'honneur : M. Dufour (Edouard-Jean-Antoine), docteur-médecin à Allasac. Lettres de félicitations : MM. Puybaret (Edouard-Jean-Antoine), docteur-médecin à Albignac; Calary (Emile), docteur-médecin à Veuvic-d'Ussel; Masson de Saint-Félix (Emmanuel de), docteur-médecin à Ligniac. — *Dordogne*. Lettre de félicitations : M. Barbencey (Emmanuel), docteur-médecin à Monpont. — *Doubs*. Lettres de félicitations : MM. Barbier (Louis), pharmacien à Fesches-le-Châtel; Coutemoime (Lucien), docteur-médecin à Morteau. — *Drôme*. Lettres de félicitations ; MM. Bruguerolles, docteur-médecin à Saint-Jean-en-Royans; Magnan (Elie), docteur-médecin à Luc-en-Diois. — *Eure*. Diplômes d'honneur : MM. Mordagne (Etienne-Henry-Paul-Emile), docteur-médecin à Tourny; Dussac (Laurent), docteur-médecin à St-André. Lettre de félicitations : M. Gros-Fillay (Paul-François-Adrien), docteur-médecin à Nonancourt. — *Eure-et-Loir*. Lettre de félicitations : M. Jousset de Bellesme (Georges-Louis), directeur de l'aquarium de la ville de Paris à Nogent-le-Rotrou. — *Gard*. Lettre de félicitations : M. Alger (Camille), ancien pharmacien à Massellargues. — *Indre-et-Loire*. Lettre de félicitations : M. Verbeck (Edouard), docteur-médecin à Tours. — *Jura*. Lettre de félicitations. M. Brenans (Aloyse), docteur-médecin à Champagnolles — *Loiret*. Diplômes d'honneur : MM. Veillard (Albert), docteur-médecin à Meung; Denance (Camille-Ernest), docteur-médecin à Varennes. Lettres de félicitations : MM. Rayneau (James-François), docteur-médecin à Orleans ; Veillard (Jules-Paul-Edmond), docteur-médecin à Lorris. — *Lot*. Diplôme d'honneur : M. Andissac (Henri), pharmacien à Concots. — *Lot-et-Gasonne*. Lettres de félicitations : MM. Barrail (Jean-Prosper), docteur-médecin à Beauville; Galop, docteur-medecin à Tonniens; Boudet (Louis), pharmacien à Fumel; Amblard (Elie), docteur-médecin à Fumel; Sérégé (Henri-Jean), docteur-médecin à Casteljaloux. — *Maine-et-Loire*. Lettres de félicitations : MM. Petou (Joseph), docteur-médecin à Saumur; Legrand, docteur-médecin à Beaufort; Perrein (Jean-Baptiste), pharmacien à Saumur. — *Manche*. Lettres de felicitations : MM. Viaud (Louis), docteur-médecin à Agon; Vincent (Napoléon), docteur-médecin à Agon; Villain-Marais (Eugène), pharmacien à Agon — *Meurthe-et-Moselle*. Lettre de félicitations ; M. Crousse (Albert-Georges-Edmond), étudiant en médecine à Nancy. — *Morbihan*. Lettre de félicitations : M. Delord (Pierre), docteur-medecin à Baud. — *Nièvre*. Lettres de félicitations : MM. Petitjean (Victor-Gilbert), docteur-médecin à Decize; Dejean (Jean-Marie), docteur-medecin à Decize; Paley, docteur-medecin à Cosne. — *Nord*. Lettres de félicitations : MM. Leroy (Arthur), pharmacien à Sains-du-Nord; Bole (Emile), docteur-médecin à Roubaix. — *Oise*. Lettres de felicitations : MM. André (Emile), pharmacien à Méru; Maulère (Jean), docteur médecin à Estrée-Saint-Denis; Baudran (Ernest), pharmacien à Beauvais. — *Pas-de-Calais*. Lettres de félicitations : MM. Biat, docteur-médecin à Lievin ; Quettier (Désiré), docteur-médecin à Berck-sur-Mer; Druelle (Edmond Erasme), médecin à Outreau. — *Pyrénées-Orientales*. Lettres de félicitations : MM. Traby (Jean), médecin à Saharre; Carrère (Jules), pharmacien à Prades. — *Rhone*. Diplôme d'honneur : M. Prothière (Eugène), pharmacien à Tarare. — *Saone-et-Loire*. Lettres de félicitations ; MM. Jonard, pharmacien a Chalon; Robin (Jean), pharmacien à Tournes. — *Seine*. Diplômes d'honneur : MM. Dupuy (Léopold), docteur-médecin à Saint-Denis; Durand (Antoine-Arthur), docteur-médecin a Arcueil. — *Seine Inférieure*. Lettre de félicitations : M. Sorel (Louis-Robert), docteur-médecin au Havre. — *Seine-et-Marne*. Diplome d'honneur : M. Vilet (Jules-Hippolyte), pharmacien à La Fontaine-Gaucher. — *Seine-et-Oise*. Lettres de félicitations : MM. Gazette (Denis-Honoré), pharmacien à Orsay; Denize (Camille), pharmacien à Et[illegible]. — *Somme*. Diplome d'honneur : M. Barl[illegible]y (Gaston), pharmacien à Flixécourt. Lettre de félicitations : M. Dubois (Henri Stanislas Firmin), docteur-médecin à Villers-Bretonneux. — *Haute Vienne*. Diplôme d'honneur : M. Fillrouland (Emile), médecin à Pierre-bufflere. Lettres de felicitations : MM. Ran[illegible] (Jean-Baptiste-Jules), docteur-medecin a Ambazac; Boissenot (F[illegible]), docteur-médecin a Saint-Paul; Renault (Ferdinand), docteur-médecin a Saint-Sulpice les-Feuilles; Charbonnier (Pierre), docteur-médecin à Limoges. — *Yonne*. Diplome d'honneur ; M. [illegible] (Emile), docteur-médecin à Voyers. Lettres de félicitations ; MM. Charbonneaux (Auguste-Edouard), pharmacien a [illegible]; Guillié (Emile-Léon), docteur-médecin à Villeneuve-le-Guyard

La Commission de la Tuberculose.

Une Commission composée de MM. le Pr Brouardel, président, Clairin, conseiller municipal, Pr Debove, Drs Dubrisay, Duguet, Gibert, Pr Grancher, Dr Hanot, Prs Landouzy, Letulle, Levraud, conseiller municipal, Dr A.-J. Martin, Navarre conseiller municipal, Dr Périer, Prs Potain, Risler, Dr Roux, Strauss, conseiller municipal, Dr Thoinot, F. Voisin, président du Conseil de surveille de l'Assistance publique, avait été nommée par M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, avec mission d'étudier et de provoquer s'il y a lieu, la réforme de l'hospitalisation des tuberculeux, et, par voie de conséquence, la réforme de beaucoup de pratiques hospitalières aujourd'hui reconnues défectueuses. L'importance même de ces réformes exigeait une étude approfondie de leur degré d'urgence, de la methode à suivre pour les réaliser, ainsi que de l'ordre de leur réalisation. Tel a été aussi l'objet des travaux de cette commission, travaux qu'on peut condenser en quatre formules qui font l'objet des quatre parties distinctes du rapport que les Drs Grancher et Thoinot ont communiqué à leurs collègues au cours de la séance d hier.

La premier a trait à l'*isolement des tuberculeux*. Il faut entendre par là que les tuberculeux, tant dans leur intérêt que dans celui des autres malades, doivent être soignés à part, dans des hôpitaux spéciaux, ou dans des pavillons speciaux d'un hôpital général. La Commission a eté d'avis que dans une salle réservée aux tuberculeux, surtout avec des chambres contenant peu de lits, on pourra combattre utilement la phtisie, au début, et, comme dans les sanatoria, guérir beaucoup de malades. En conséquence, pense-t elle, dans l'intérêt général comme dans l'intérêt du tuberculeux lui-même, celui-ci doit être soigné à part et isolé.

La formule suivante, proposée par M. Roux et adoptée à l'unanimité, résume fidelement cette pensée ; « La meilleure maniere de combattre et de traiter la tuberculose, c'est d'isoler le tuberculeux, parce qu'ainsi on évitera la contagion et parce que, dans les hopitaux spéciaux, les tuberculeux seront dans de meilleures conditions thérapeutiques. » La seconde question vise l'*antisepsie médicale*. La réforme de l'hospitalisation des tuberculeux tendant à supprimer la contagion de la tuberculose doit être complétée par la mise en pratique des regles de l'antisepsie medicale dans nos hopitaux, en vue de supprimer toutes les contagions. De ce nombre, sont les réformes suivantes : 1° La substitution du lavage des parquets au balayage à sec et au cirage qui souillent l'atmosphère de germes pathogènes et font ainsi la contagion ; 2° le recueil et la désinfection des crachats; 3° La désinfection de tous les objets à l'usage des malades; 4° La reforme du mobilier des salles; 5° L'habillement des malades qui laisseront à l'entrée du service tous leurs vêtements pour être soumis a l'étuve, etc. La troisième porte sur le personnel hospitalier qui est chargé d'appliquer ces methodes. Ce personnel, qui est capable de tous les dévouements doit être mis à l abri de la contagion, mieux logé, mieux payé, plus instruit. La tuberculose qui tue un tiers des infirmiers, est donc pour eux une maladie professionnelle. La dernière enfin est relative au traitement des tuberculeux à domicile. La Commission a eté d'avis qu'il devrait être complété autant que possible par la désinfection de ce domicile qui devenait trop souvent un foyer de contagion pour toute la famille, par l'adoption de crachoirs faciles à desinfecter, etc., etc. MM Grancher et Thoinot ont terminé leur travail en concluant que ces réformes sont absolument nécessaires et urgentes, qu'elles sont également conformes à l etat actuel de la science et aux droits de l'humanité. La Commission a partage leur avis en approuvant leurs conclusions à l unanimité.

L'admission des indigents sur les listes de l'Assistance publique.

Le decret de 1895 relatif à l Assistance publique a fait l'objet des critiques du Conseil municipal dans une de ses dernières séances. C'est une question de M. Landrin au préfet de la Seine qui a permis à M. Peyron de faire connaître les imperfections du règlement édicté l'an dernier. Le Conseiller du quartier de Charonne se plaignait de la lenteur des enquetes, de l'insuffisance des renseignements et du refus d'admission sur les listes d indigents. Il a dit que grâce aux renseignements antérieurs les enquêtes etaient moins longues [illegible] les administrateurs [illegible] les enquêtes et prononçaient l'admission [illegible], depuis le décret de 1895, les enquêtes faites par les administrateurs [illegible] a un bureau central [illegible] c'est après de longues [illegible] les administrateurs que l'admission, s'il y a lieu, est prononcée. [illegible] de sept ou huit mois est evidemment [illegible] et [illegible] les administrateurs, qui [illegible] de l Assistance [illegible] tussent [illegible] de leurs recherches. M. Peyron a reconnu que les enquêtes [illegible] avec trop de lenteur ; ce [illegible] de l'application du nouveau reglement qui a obligé [illegible] à examiner [illegible] quantite

considérable de dossiers; il sera donc atténué à l'avenir, mais la vérification des listes qui doit être faite annuellement pour le maintien ou la radiation des indigents sera toujours une cause de retard. Les bureaux de bienfaisance envoient leurs propositions au mois de mai; il faut au moins trois mois pour vérifier les 60.000 dossiers d'enquête avant d'arrêter définitivement les listes et pendant cette période d'études le bureau central est obligé d'ajourner les demandes d'inscription qui se produisent. Quant aux refus d'inscription, c'est le chef du bureau des secours qui le prononce aujourd'hui après un examen très impartial du dossier de l'enquête, mais M. Peyron voudrait que l'Administration établit une sorte de tribunal d'appel qui statuerait sur le maintien du refus, car l'inscription définitive est une chose grave; celui qui obtient l'inscription étant presque toujours maintenu sur les listes d'indigents, ce n'est pas un secours temporaire qu'il reçoit, mais plutôt une pension viagère. La cinquième commission du conseil municipal va rechercher avec l'Administration les améliorations qu'il y aurait lieu d'introduire dans le règlement de 1895.

L'Art de vivre longtemps.

Ce n'est peut-être pas le suprême de l'art que de vivre longtemps, mais c'est un art suprême. La *Vie scientifique* donne, à ce sujet, le résumé d'une étude de M. French qui a étudié, dans les *Annals of Hygien*, les rapports de la longévité avec les professions. Honneur au travail! Le travail parait être le plus important facteur de la longévité, principalement le travail en plein air. Les recherches de M. French ont porté sur une période de 43 ans, au cours de laquelle il a relevé tous les décès, par âge et par profession, survenus dans l'Etat de Massachusetts; il a tenu compte seulement des sujets âgés au moins de vingt ans et ayant un emploi déterminé. Le nombre de ces sujets est de 238,792; la moyenne de longévité a été de cinquante et un ans et demi. En thèse générale, il résulte des chiffres de M. French que ceux qui vivent en plein air et s'adonnent à des exercices fatigants vivent plus longtemps que les autres. Ainsi, les cultivateurs, agriculteurs et fermiers viennent en tête de liste avec une moyenne vitale de 66,3 années. Les mécaniciens, charpentiers et maçons, qui viennent immédiatement après, n'atteignent que 54.5, soit une différence déjà sensible de douze ans. Les professions libérales, docteurs, prêtres, professeurs, figurent pour 52,16 années, les financiers, banquiers, teneurs de livres, pour 49,6; les employés en général pour 49. Avec les peintres, décorateurs, plombiers, les chiffre tombe à 48,8. Les personnes plus particulièrement sédentaires, cordonniers, barbiers, joailliers, n'arrivent qu'à 45,5 ans. Mais, c'est chez les employés du sexe féminin, domestiques, ouvrières, demoiselles du téléphone, que la longévité descend au minimum; elles atteignent difficilement une moyenne de 39 ans!

Effets de l'explosion due à l'Acétylène.

Il y a quelques temps, une explosion due au gaz acétylène s'est produite à Paris; elle a été formidable, faisant s'écrouler d'un seul coup le mur d'un atelier, tuant deux ouvriers, brisant tout aux environs. Près de l'atelier des gazomètres se trouvait un local, plus petit, contenant les chaudières; le chauffeur, âgé de soixante ans, qui venait d'y entrer, a été légèrement blessé par des éclats de vitres. Dans tous les autres batiments de l'usine, salles des machines, magasins, il n'est pas resté une vitre aux fenêtres; les carreaux, hachés menu, couvraient le sol sur une épaisseur d'un centimètre. Les immeubles voisins n'ont pas été plus épargnés, les cours ont été jonchées de débris de verre et de morceaux de bois projetés au loin par l'explosion. C'est miracle que le gazomètre près duquel opéraient les ouvriers n'ait pas fait explosion à son tour, faisant sauter tout un quartier. Sur le lieu même de l'accident, le spectacle était affreux. Le corps d'un malheureux a été coupé en deux, un bras a été détaché et lancé à deux mètres; les membres de P. P... ont été également déchiquetés; *l'effet produit a été analogue à celui qu'on constate lors d'explosions dues à la dynamite*; l'épiderme du corps est imprégné d'une poussière noire de charbon qui donne aux cadavres un aspect hideux.

Les malades et le droit de timbre.

M. le Pr Panas, de l'Hôtel-Dieu, fut, il y a quelques semaines, très étonné lorsque, pour avoir délivré à un de ses clients de l'hôpital un certificat de maladie, il reçut un avis de l'enregistrement d'avoir à payer une amende de 62 fr. 50. Le certificat avait été établi, expliquait-on, sur papier libre, alors que la loi du 13 brumaire an VII exigeait qu'il le fût sur papier timbré de 60 centimes. M. Panas protesta, s'appuyant sur de nombreux précédents; il n'obtint pas gain de cause et une circulaire de M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, prévint quelques jours plus tard les collègues de M. Panas que s'ils délivraient des certificats sur papier libre, ce serait à leurs risques et périls.

« Il résulte, dit cette circulaire, des renseignements qui viennent de m'être fournis, que tous les certificats de médecins ou chirurgiens, délivrés à des particuliers, dans un intérêt privé, sont assujettis au timbre de dimension, par application de l'article 12 de la loi du 13 brumaire an VII. Il ne semble pas que l'Assistance publique puisse contester cette doctrine, et je vous prie de la porter à la connaissance de MM. les chefs de service de votre hôpital, qui seraient exposés à encourir *personnellement* une amende de 62 fr. 50 pour chaque infraction constatée. »

Ces nouvelles instructions ont causé quelque émotion. Eh quoi! dit-on, les pauvres gens qu'on soigne gratuitement à l'hôpital devront, s'ils veulent obtenir ce certificat dont ils auront besoin pour entrer chez un nouveau patron, débourser 60 centimes! Et s'ils ne disposent pas de cette somme, si minime qu'elle soit, que deviendront-ils, puisqu'ils ne pourront se présenter nulle part?

« Les choses n'en sont pas là, a répondu l'Assistance publique. Toute personne sortant de l'hôpital peut se faire remettre un bulletin de sortie mentionnant la durée du séjour qu'elle a fait dans la maison et la nature de la maladie. Cette pièce n'est pas assujettie au droit de timbre, et elle suffit toujours à l'ouvrier pour s'embaucher en sortant de l'hôpital. Le certificat de médecin ou de chirurgien, que vise la loi, est réclamé bien moins souvent par nos malades, et c'est toujours dans un but tout spécial: entrée dans une administration, justification pour retard auprès de l'autorité militaire, ou procès avec le patron. C'est justement à propos d'un procès que l'enregistrement est intervenu dans le cas de M. Panas. Le certificat délivré par lui fut produit en justice, et, lorsque furent enregistrées les pièces du dossier, on ne put pas ne pas s'apercevoir que celle-là n'était pas en règle quant au droit de timbre. Et ce cas était peut-être le seul qui put entraîner les conséquences qu'on déplore aujourd'hui. L'autorité militaire, pas plus que les administrations, n'attachaient aucune importance à ce fait que le certificat n'était pas timbré. L'enregistrement n'a pu le négliger. »

A la Direction de l'Enregistrement, on s'est retranché derrière les textes qui, dit-on, sont formels:

« Quelque cruelle que puisse être la loi, pouvons-nous faire autrement que de l'appliquer? S'il arrive parfois qu'involontairement nous fermions les yeux lorsque des pièces irrégulières passent à côté de notre contrôle, nos agents manqueraient à leur devoir strict en négligeant d'appliquer les règlements lorsque ces pièces leur sont directement soumises. Qu'on s'en prenne à la loi, si elle est mauvaise. »

Dans les hôpitaux, on a déjà trouvé le moyen d'esquiver la difficulté, dans la plupart des cas. La circulaire du directeur de l'Assistance publique revêt surtout, pour les médecins, le caractère d'un avertissement. Défiez-vous, leur dit-elle, et avant de signer un certificat sur papier libre, enquérez-vous d'abord de ce qu'on veut faire. Doit-il passer sous les yeux de l'enregistrement (c'est relativement assez rare), faites-le timbrer, sinon... faites comme vous la croirez bon.

Pourtant, à propos de cet incident, M. Georges Cochery, ministre des finances, après avoir examiné la question, a reconnu que les certificats dont il s'agit n'étant pas passibles du timbre au moment de leur délivrance; donc, les médecins peuvent, comme par le passé, les rédiger sur papier non timbré. Des instructions dans ce sens ont été adressées aux services intéressés.

Certificats médicaux.

Parmi les certificats non soumis au timbre, nous croyons être utile à nos lecteurs en leur donnant la liste ci-dessous:

Certificats non soumis au timbre.

a) Certificat de vaccine; — b) Certificat de revaccination des enfants des écoles. (Il doit porter la formule suivante: *Délivré en exécution de l'article 2 du règlement scolaire des écoles primaires*); — c) Certificat de naissance ou de décès; — d) Certificat ou rapport médical pour coups, blessures ou meurtre, sur réquisition du maire, ou du juge de paix, ou du juge d'instruction, ou du procureur de la République, ou du commissaire de police; — e) Certificat sur réquisition du maire pour constater le décès d'une personne trouvée sur la voie publique par suite de maladie, de meurtre ou de suicide; — f) Certificat de maladie ou d'infirmités pour admission dans les hôpitaux ou hospices de vieillesse; —

g) Certificat d'infirmités pour secours annuels du département en cas d'indigence; — h) Certificat constatant les aptitudes physiques des nourrices pour obtenir un nourrisson; — i) Certificat de maladie délivré conformément aux prescriptions de la loi du 28 mars 1882 pour justifier l'absence des enfants à l'école; — j) Certificat de maladie délivré à un membre participant d'une Société de secours mutuels; — k) Certificat constatant la maladie de l'un des futurs ou d'un ascendant et la nécessité de célébrer le mariage au domicile du malade.

Certificat soumis ou non au timbre suivant sa destination.

Certificat pour les aliénés. — Le certificat délivré par le médecin d'une maison d'aliénés au sujet de l'état d'un malade est *exempt* du timbre s'il a un caractère administratif et ne doit servir que dans l'intérieur de l'asile; par contre, il est *soumis* au timbre lorsqu'il est délivré à des particuliers ou qu'il est employé dans un intérêt privé.

Janus.

Nous venons de recevoir les deux premiers numéros du *Janus*, archives internationales pour l'histoire de la médecine et la géographie médicale, paraissant à Amsterdam tous les deux mois, sous la direction du Dr Peypers. En tête du premier numéro se trouve un article intitulé : *Janus redivivus*, par le Pr Stokvis, imprimé en français, dans lequel l'auteur rappelle qu'il a existé un premier « Janus », fondé par Henschel (1846 à 1848) qui reparût en 1851 pour ne revivre que quelques années. Il précise ensuite le but du nouveau *Janus*.

Le second numéro commence par un article intitulé : *Contre la peste. Règlements sanitaires au* XVIIe *siècle*, par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax), orné d'une figure représentant l'habit des médecins et autres personnes qui visitent les pestiférés. « Il est de marroquin du Levant, le masque a les yeux de cristal, et un long nez rempli de parfums. » Les masques protecteurs que certains ont préconisé lors de l'épidémie cholérique d'Egypte n'était rien en raison de ce « costume de carnaval. »

Les deux premiers numéros renferment des articles très intéressants, écrits en français, en allemand et en hollandais. La liste des collaborateurs comprend les noms de médecins de tous les pays qui s'occupent d'une façon spéciale de l'histoire et de la géographie médicales. C'est là une garantie de succès et un indice qu'il s'agit bien d'une revue internationale. Nous faisons des vœux pour son succès. — Pour la France, les abonnements sont reçus à la librairie Félix Alcan.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 21. — 2e *de Doctorat* (2e *partie* : MM. Ch. Richet, Retterer, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Tillaux, Varnier, Sébileau. — (2e *série*) : MM. Pinard, Ricard, Lejars. — 4e *de Doctorat* : MM. Fournier, Landouzy, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Peyrot, Humbert, Walther. — (2e *série*) : MM. Marchand, Tuffier, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Potain, Chauffard, Letulle.

Mardi 22. — Médecine opératoire : MM. Panas, Quénu, Thiéry. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM Guyon, Maygrier, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Raymond, Chantemesse, Roger. — (2e *série*) : MM. Cornil, Marie, Ménétrier. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Gilbert, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). Charité. (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Debove, Achard. — (2e *série*) : MM. Jaccoud, Proust, Charrin. — (1re *partie*). Obstétrique. Clin. d'accouch., rue d'Assas : MM. Tarnier, Pozzi, Bar.

Mercredi 23. — Médecine opératoire : MM. Terrier, Poirier, Sébileau. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Ch. Richet, Weiss, Heim. — (2e *série*) : MM. Gariel, Retterer, André. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Marchand, Humbert, Bonnaire. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Chauffard, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Peyrot, Tuffier, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Joffroy, Letulle, Gaucher.

Jeudi 24. — Médecine opératoire : MM. Pozzi, Quénu, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Mathias-Duval, Chantemesse, Thiéry. — (2e *série*) : MM. Ch. Richet, Gley, Wurtz. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Panas, Tarnier, Nélaton. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Marie, Achard. — (2e *série*) : MM. Debove, Joffroy, Gilbert. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Netter, Thoinot.

Samedi 26 — Dissection. — MM. Quénu, Poirier, Thiéry. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Mathias-Duval, Pouchet, Roger. — (2e *série*) : MM. Ch. Richet, Marie, Gley. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Necker : MM. Le Dentu, Albarran, Hartmann. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Debove, Joffroy, Marfan. — (2e *série*) : MM. Laboulbène, Cornil, Ménétrier.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 23. — M. Lannessus. Traitement des anévrysmes du tronc brachio-céphalique par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite. — M. Arié. Etude sur la compression des cordons nerveux des membres par du tissu fibreux cicatriciel. — Mlle Gordon. L'appendicite chez l'enfant. — M. Osten. Etude sur les résultats, par la ténotomie, dans les torticolis musculaires chroniques. — M. Hoareau. Du traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé dit de dédoublement. — M. Feindel Quatre cas de neurofibromatose généralisée. — M. Lacautre. Difficultés du diagnostic de la pneumonie au début chez l'enfant. — M. Devillas. Les affections syphilitiques de l'organe de l'ouïe. — M. Farez. De la dyshidrose. — M. Camille Juge. Valeur comparative des principales méthodes de traitement de l'hémorrhagie liée à l'insertion vivante du placenta.

Jeudi 24. — M. Carageorgiadès. De l'endocardite gonococcique. — M. Thelliez. Etudes et observations sur le sérodiagnostic de la fièvre typhoïde. — M. Fournier. Agromégalie et troubles cardio-vasculaires. — M. Mayet. Considérations anatomiques sur la vessie de l'enfant. (Taille et lithotritie chez l'enfant. — M. Aron. Du traitement des fractures de la rotule par le procédé de cerclage. — M. Bonnetblanc. Indication du curettage. — M. Morillon. La séroréaction et le sérodiagnostic. — M. Thouvenet. Considérations sur les récidives éloignées dans l'épilepsie jacksonnienne traitée par la trépanation. — M. Choyau. Contribution à l'étude de l'inondation sanguine péritonéale par rupture de grossesse tubaire.

Enseignement médical libre.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles. — M. le Dr Baratoux, à sa clinique, 33, rue Saint-André-des-Arts, les samedis et mardis, à 4 heures.

Maladies des yeux. — M. le Dr Vignes, à sa clinique, 18, rue Dauphine, les mardis et samedis, à 2 heures.

MÉDECINE LÉGALE

Les médecins ou les internes des hôpitaux peuvent-ils procéder à l'autopsie d'une personne décédée en arrivant à l'hospice ?

D'après la *Semaine médicale*, la Cour d'appel de Lyon a rendu il y a quelques mois un arrêt portant que lorsqu'aux termes du règlement, ce sont seulement les corps des personnes décédées à l'hospice qui peuvent y être soumis à l'autopsie, l'administration de l'hospice ne peut avoir aucun droit sur le corps de personnes décédées avant d'y avoir été reçues. La même solution devrait être donnée en l'absence de règlement. En conséquence, ladite administration est responsable si le corps d'une personne décédée en arrivant à l'hospice a fait l'objet d'une autopsie; et elle doit être condamnée à payer des dommages-intérêts à la famille de la personne défunte.

FORMULES

Traitement de l'eczéma séborrhéique. — Unna.

Voici la formule d'une pommade que M. Unna prescrit contre l'eczéma séborrhéique et le pityriasis du cuir chevelu :

Lanoline	} àà 10 grammes.
Eau de chaux	
Eau distillée de camomille.	
Pommade à l'oxyde de zinc.	
Soufre précipité	2 —
Pyrogallol oxydé. . . .	0 gr. 40 centigr.

Mêlez. — Usage externe.

Mixture contre les contractions utérines spasmodiques survenant pendant le travail. — M. P. Muller.

Teinture d'iode.	2 grammes.
Alcool.	4 —

Mêlez. — Prendre toutes les demi-heures cinq gouttes de cette solution dans un demi-verre d'eau chaude. (*Sem. méd.*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 6 déc. au samedi 12 déc. 1896, les naissances ont été au nombre de 1 150, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 425, illégitimes, 171, Total, 596 — *Sexe féminin* : légitimes, 392 ; illégitimes, 162. Total, 554.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 6 déc. au samedi 12 déc. 1896, les décès ont été au nombre de 945, savoir : 487 hommes et 458 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 0, F. 2, T. 2. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 6, F. 0, T. 6. — Scarlatine : M. 0, F. 2, T. 2. — Coqueluche : M. 3, F. 2, T. 5. — Diphtérie, Croup : M. 4, F. 2, T. 6. — Grippe : M. 2, F. 1, T. 3. — Phtisie pulmonaire : M. 106, F. 90, T. 196. — Méningite tuberculeuse : M. 7, F. 10, T. 17. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 10, T. 18. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 3, T. 5. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 28, T. 44. — Méningite simple : M. 13, F. 11, T. 24. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 28, F. 21, T. 49, — Paralysie, M. 4, F. 7, T. 11. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 5, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 31, F. 25, T. 56. — Bronchite aiguë : M. 22, F. 11, T. 33. — Bronchite chronique : M. 15, F. 10, T. 25. — Broncho-pneumonie : M. 25, F. 22, T. 47. — Pneumonie : M. 26, F. 25, T. 51. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 20, F. 29, T. 49. — Gastro-entérite, biberon : M. 6, F. 11, T. 17. — Gastro-entérite, sein : M. 2, F. 4, T. 6. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 0, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 15, F. 13, T. 28. — Sénilité : M. 14, F. 21, T. 35. — Suicides : M. 15, F. 5, T. 20. — Autres morts violentes : M. 9, F. 5, T. 14. — Autres causes de mort : M. 80, F. 74, T. 154. — Causes restées inconnues : M. 1, F. 2, T. 3.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 121, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 50, illégitimes, 15. Total : 65 — *Sexe féminin* : légitimes, 31, illégitimes, 28. Total : 59.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique, une chaire de pathologie interne de la Faculté de Médecine de Paris est déclarée vacante. — M. ANGER, chirurgien des hôpitaux, est chargé d'un cours de clinique annexe à la Faculté de Médecine de Paris.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX. — A la séance du 12 décembre du Conseil municipal de Bordeaux, l'adjoint des beaux-arts a annoncé que l'on se proposait de célébrer solennellement la réorganisation de l'Université de Bordeaux, qui existait déjà au quatrième siècle. Les fêtes auront lieu en janvier ou en février.

ECOLE NORMALE SUPÉRIEURE. — M. JARRY, agrégé des sciences physiques, préparateur à l'Ecole pratique des hautes études, est nommé agrégé préparateur de chimie à l'Ecole normale supérieure, en remplacement de M. Brizard, appelé à d'autres fonctions.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — M. MAQUENNE, assistant au Muséum d'Histoire naturelle, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire, maître de conférences de chimie organique en remplacement de M. Combes, décédé. Antérieurement, le Conseil académique avait adopté la candidature de M. Maquenne, assistant au Muséum, ancien président de la Société de Chimie, à ce poste de maître de conférence de chimie, vacant à la Faculté des Sciences de Paris, par suite de la mort de M. Alphonse Combe. — M. Paschal Grousset a insisté récemment à la Chambre des Députés, lors de la discussion du budget de 1897, à propos du chapitre 18, sur le *mauvais état du Muséum*. Il a demandé la nomination d'une commission spéciale chargée d'étudier un plan d'organisation. Le projet de résolution de M. Paschal Grousset a été adopté par mains levées.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. le Dr LABBÉ est institué pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale.

ECOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — M. le Dr DHEILLY, professeur de pathologie médicale, est nommé professeur de physiologie. — M. le Dr TREPANT suppléant est nommé professeur de pathologie médicale, en remplacement de M. Dheilly.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. le Dr Fr. ARNAUD, suppléant, est nommé professeur de thérapeutique, en remplacement de M. Roux de Brignolles père, décédé.

ECOLE DE MÉDECINE DE RENNES — Sont nommés professeurs : MM. les Drs BERTEUX (clinique médicale) ; H.-E.-M. DAYOT (clinique chirurgicale) ; BLIN (thérapeutique).

COLLÈGE DE FRANCE. — *Création d'un laboratoire de phonétique expérimentale.* — Récemment, à la Chambre des Députés, lors de la discussion du budget de 1897, sur le chapitre 13 (Collège de France), M Philippon a proposé un relèvement de 4 000 francs pour la création d'un *laboratoire de phonétique expérimentale* qui serait adjoint à la chaire de grammaire comparée. L'amendement accepté par la commission a été adopté par mains levées.

UNIVERSITÉS DE FRANCE. — *Affranchissement des lettres de convocations pour les examens.* — Récemment, à la Chambre des Députés, lors de la discussion du budget de 1897, sur le Chapitre 8 (Faculté, matériel), M. Plichon a demandé un relèvement de 2,000 francs pour que toutes les lettres adressées par les Facultés soit aux étudiants, soit à leur famille, soient dorénavant affranchies. M. Rambaud a dit qu'il faudrait au moins une somme de 40 à 45.000 francs pour satisfaire à l'amendement de M. Plichon. La meilleure solution serait de s'entendre avec l'Administration des postes pour que les lettres venant des Facultés payent le droit simple et non le double droit. Le Ministre a promis d'étudier la question avec son collègue des postes et télégraphes. M. Plichon s'est déclaré satisfait et a retiré son amendement.

UNIVERSITÉS AMÉRICAINES ET L'EUROPE. — Les anciens élèves des Universités américaines établis à Paris ont donné récemment, à l'Hotel-Continental, un banquet qui a été présidé par un ancien élève de l'Université de Harvard, M. Eustis, l'ambassadeur des Etats-Unis. Aux toasts qu'a portés M. Eustis, ont répondu MM. Lavisse, de l'Académie française, Bartholdi, Austin Lee, de l'ambassade d'Angleterre, Emile Lombard, professeur au lycée Michelet, et Sloane, de l'Université de Princeton. Le câblegramme suivant du président Gilman, de Baltimore, y a été lu : « l'Université John Hopkins envoie ses félicitations aux étudiants américains à Paris.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. Augé, médecin-major de première classe au 44e régiment d'infanterie, est désigné pour le 126e régiment de même arme. M. Zimmerman, médecin-major de deuxième classe au 14e régiment de chasseurs à cheval, est désigné pour le 44e régiment d'infanterie. M. Levêque, médecin-major de deuxième classe au 34e régiment d infanterie, est désigné pour le 100e régiment de même arme. M. Toussaint, médecin-major de deuxième classe à l'école spéciale militaire, est désigné pour le 26e régiment d'infanterie. M. Lemoine, médecin-major de deuxième classe, hors cadre rapatrié de Madagascar, est affecté au 51e régiment d'infanterie. M. Bailloz, médecin-major de deuxième classe, rapatrié du Tonkin et de l'Annam, est désigné pour le 24e régiment d'infanterie. M. Krantz, médecin-major de deuxième classe au 5e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, est désigné pour le 160e régiment d'infanterie. M. Bonjean, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division d'Alger, est désigné pour le 14e régiment de chasseurs à cheval. M. Pouillaude, médecin major de deuxième classe au 154e régiment d'infanterie, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger. M. Boyé, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie, est désigné pour le 4e bataillon d'infanterie légère d'Afrique. M. Jantet, médecin-major de deuxième classe au 51e régiment d'infanterie, est désigné pour l'école spéciale militaire. M. Jaubert, médecin-major de deuxième classe au 159e régiment d infanterie, est désigné ponr le 123e régiment de la même arme. M. Delom-Sorbé, médecin-major de deuxième classe au 160e régiment d'infanterie, est désigné pour le 34e régiment de même arme. M. Manon, médecin-major de deuxième classe au 123e régiment d'infanterie, est désigné pour le 5e bataillon d'infanterie légère d'Afrique. M. Vitoux, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine, est désigné pour le 154e régiment d'infanterie. M. Tournier, médecin-major de deuxième classe au 10e régiment d'infanterie, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger. M. Gillard, médecin aide major de première classe aux hôpitaux militaires de la division d'Oran, est affecté au 1er régiment étranger. M. Claude, médecin aide-major de première classe au 26e régiment d'infanterie est affecté au 159e régiment de même arme. M. Georget, médecin aide-major de première classe aux hôpitaux militaires de la division d'Alger, est désigné pour le 26e régiment d'infanterie. M. Darricarrère, médecin aide-major de première classe au 19e régiment d'artillerie, est désigné pour l'hôpital militaire de Marseille. M. Moinet, médecin aide-major de première classe au 115e régiment d infanterie, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger. M. Hotchkiss, médecin aide-major de première classe au 7e régiment d'artillerie, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

M. Jenny, médecin aide-major de première classe au 1er régiment de chasseurs à cheval, est désigné pour les hopitaux militaires de la division d'Alger. M. Peyrolle, médecin aide-major de deuxième classe au 10e bataillon de chasseurs à pied, est désigné pour le 19e régiment d'artillerie. M. Labadle, médecin aide-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Marseille, est désigné pour le 167e régiment d'infanterie. M. Faure, médecin aide-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Toulouse, est désigné pour le 88e régiment d'infanterie.

Par décret, en date du 9 octobre 1896, ont été promus au grade de *médecin aide-major de première classe*, et, par décision ministérielle du même jour, ont été maintenus dans leur poste actuel : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Remlinger, au laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire du Belvédère, à Tunis. Roussel, au 69e d'infanterie. Galey, au 7e cuirassiers. Lanne, au 76e d'infanterie. Faure, au 14e bataillon de chasseurs à pied. Laval, au 8e cuirassiers. Daussat, au 3e tirailleurs algériens. Sexe, au 32e d'artillerie. Gandar, au 132e d'infanterie. Viguier, au 9e d'infanterie. Carbonnier, aux hôpitaux militaires de la division de Constantine. Paris, au 92e d'infanterie. Du Roselle, au 154e d'infanterie. Normand, aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie. Vigerle, au 78e d'infanterie. Pinot, au 14e hussards. Roux, au 7e bataillon de chasseurs à pied. Calba, au 74e d'infanterie. Lefebvre, au 8e d'infanterie. Husson, au 29e dragons. Vidal, au 3e d'artillerie. Lesterlin, au 16e chasseurs à cheval. Vedrines, au 14e chasseurs à cheval. Mathieu, au 18e d'infanterie. Colomb, au 105e d'infanterie. Haury, au 136e d'infanterie. Lesnes, au 15e bataillon de chasseurs à pied. Delon, au 134e d'infanterie. Guichemerre, au 14e d'infanterie. Cathoire, au 121 d'interie. Palet, au 106e d'infanterie. Drouineau, au 29e bataillon de chasseurs à pied. Denomme, au 17e d'artillerie. Zimmermann, au 18e bataillon de chasseurs à pied. Poret, aux hôpitaux militaires de la division de Constantine. Jaffary, au 18e chasseurs à cheval. Massenet, au 3e hussards. Huber, au 39e d'artillerie. Mialaret, au 109e d'infanterie. Bourlange, au 110e d'infanterie. Breuil, 13e hussards. Camson, au 21e d'infanterie. Lemarchand, au 25 d'infanterie. Jenny, au 1er chasseurs à cheval. Montalti, au 149e d'infanterie. Marlier, au 156e d'infanterie. Bouffanneau, au 6e bataillon de chasseurs à pied. Mennessier, au 3e d'artillerie. Delmas, au 3e bataillon de chasseurs à pied. Quilly, au 25e bataillon de chasseurs à pied. Lang, au 146e d'infanterie. Jirou, au 5e hussards. Rispal, au 17e dragons, et Leymarie, au 50e d'infanterie.

Par décision ministérielle, en date du 9 octobre 1896, ont été désignés pour les postes ci-après : MM. les médecins principaux de deuxième classe Benoît, pour l'hôpital militaire de Marseille. Linon, pour l'hôpital militaire de Toulouse. Heuyer, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire d'Oran. MM. Baillon, pharmacien-major de première classe, aux hopitaux militaires de la division d'Oran, est désigné pour l'hôpital militaire de Versailles. Aniquet, pharmacien-major de première classe à ladirection du service de santé du 13e corps d'armée et à l'hôpital militaire de Vichy, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran. Durand, pharmacien-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Toulouse, est désigné pour la pharmacie centrale des hôpitaux militaires de Paris. Le Bourgeois, pharmacien-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine, est désigné pour l'hôpital militaire de Bordeaux. Ricard, pharmacien-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division d'Alger, est désigné pour l'hôpital national des Invalides à la section technique du service de santé. Jandos, pharmacien-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division d'Oran, est désigné pour la réserve des médicaments à Marseille. Rougnon, pharmacien-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division d'Oran, est désigné pour l'hôpital militaire de Toulouse. Allain, pharmacien-major de deuxième classe à la réserve de médicaments à Marseille, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran. Bodard, pharmacien-major de deuxième classe à la pharmacie centrale des hôpitaux militaires à Paris, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine. Beaudouin, pharmacien-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine, est désigné pour l'hôpital militaire de Givet. Thubert, pharmacien-major de deuxième classe à la pharmacie centrale des hôpitaux militaires, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger. Leclerc, pharmacien-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Belfort, est désigné pour l'hôpital militaire de Perpignan. Maronneau, pharmacien-major de deuxième classe à l'hôpital militaire du camp de Châlons, est désigné pour l'hôpital militaire de Vincennes.

Ont été nommés dans le cadre des *officiers de la réserve* et de l'armée territoriale : Au grade de *médecin-major de deuxième classe de réserve*, les docteurs en médecine. MM. Boissier (Charles-Alfred-François). Mage (Pierre). Ozanon (Claude-Marie-Henri). Lucas (Charles-Louis-Gustave). Paviot (Jean-Marie). Gautrelet (Louis-Charles-Félix). Méheux (Paul-Louis). Kaminski (Amscheï). Gosset (Adolphe-Pol). Molinié (André-Etienne-Armand-Jean-Marie). Simon (René-Lucien). Durand (Claude-Pierre-Jules). Berthaud (Auguste-Benoît). Chollet (François-Louis-Alfred). Rabbe (Louis-Annet-François-George). Sortais (Joseph-Augustin-Marie-Jules). Baudron (Eugène). Venassier (Henry-Joseph). Bonavita (Jean-Marie). Winstel (Joseph-Adolphe-Emile). Moret (Jules-Célestin-Joseph-Ambroise). Piedvache (Edmond). Bertrand (Maurice). Nové-Josserand (Marie Joseph-Adrien). Doucy (Eugène-Albert). Gagey (Pierre-Joseph-Marie). Audoucet (Joseph-Jules-Anatole). Mary (Pierre-Joséphin). Boujol (Marie-Justin-Frédéric). Vallée Constant-Victor-Joseph). Douhairet (Louis). Santenoise (Marie-Jules-Achille). Carpentier (Prosper-Léon). Ringot (Georges-Marie-Joseph). Minet (Alfred-Jules-Paul). — Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale, les docteurs en médecine : MM. Iscovesco (Enric). Pollosson (Auguste-Ennemond). Sanchez-Tolédo (Domingo-Eutebio-Mario de las Dolorès). Dupret (Fernand-Charles-Joseph). Calot (Jean-François). Robin (Simon-Joseph). Basset (Ernest-Léon). Verlhac (Pierre-Firmin). Malapert (Henri-Paulin-Prosper).

MM. les médecins-majors de première classe Rigal, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte du Mans. Chevassu, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Rouen. Douart, pour le 1er zouaves. Lambert, pour le 16e d'artillerie. Vuillemin, pour le 32e d'artillerie. Pierron, pour le 21e d'infanterie. MM. les médecins-majors de deuxième classe Vaugy, pour le 136e d'infanterie. Petit, pour le 1er tirailleurs algérien. Kaufmann, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger. Reboud, pour le 42e d'infanterie. Lévy, pour le 9e bataillon d'artillerie à pied. Prieur, pour le 89e d'infanterie. Fabre, pour le 18e bataillon de chasseurs à pied. Krantz, pour le 5e bataillon d'infanterie légère d'Afrique. Knoll, pour le 3e spahis. Lalitte, pour le 8e bataillon d'artillerie à pied. Alverhne, pour les batteries alpines du 19e d'artillerie. Cambours-Mouflet, pour le 2e zouaves. Benoit pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie. MM. les médecins aides-majors de première classe Verdierre, pour le 136e d'infanterie. Patte, pour l'emploi de surveillant à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon. M. le médecin aide-major de deuxième classe Rudler, pour le 42e d'infanterie.

Manœuvres. — Le Ministre de la Guerre a décidé que les manœuvres du service de santé, qui devaient avoir lieu dans le gouvernement militaire de Paris pendant la deuxième quinzaine d'octobre, seraient renvoyées à l'année prochaine.

Congrès de la Tuberculose. — La prochaine session du Congrès pour l'étude de la tuberculose, qui devait avoir lieu en 1897, a été reporté à une date qui sera ultérieurement fixée.

Hopitaux de Paris. — *Concours de l'Externat.* — Questions posées : Anatomie : *Nerf radial. Rapports du duodénum. Articulation tibiotarsienne.* — Pathologie : *De la délivrance et de ses affections. Etant donné un genou augmenté de volume, discuter le diagnostic possible. Examen clinique des urines Signes physiques de la pleurésie avec épanchement.*

Concours de l'Internat. — La liste des étudiants admis à la deuxième épreuve a été affichée le 12 décembre à l'Assistance publique. — *Epreuve orale* : Première question posée : *Nerf phrénique ; symptômes et diagnostic de la pleurésie purulente.*

Hôpital des Enfants-Malades. — M. Paul Strauss a récemment proposé au Conseil municipal de Paris d'inviter le directeur de l'Assistance publique à mettre à l'étude le remplacement de l'hôpital des Enfants-Malades par de petits hôpitaux dispensaires, en tenant compte des progrès les plus récents de l'hygiène hospitalière. Cette proposition, destinée à donner satisfaction aux observations faites par le président de la République lors de la visite récente de l'établissement, a été renvoyée à la 5e commission. A ce sujet, M. Bassinet a demandé les raisons qui font ajourner la construction du pavillon d'isolement, dont les travaux ont été cependant adjugés. M. le directeur de l'Assistance publique a répondu que les adjudicataires vont être mis en demeure de se mettre au travail.

Hopitaux de Lille. — Les concours de l'internat et de l'externat des hôpitaux de la Faculté libre de Lille se sont terminés par les nominations suivantes : *Internes titulaires* : MM. Verstraerte, Besson et Duquennoy. — *Internes provisoires* : MM. Debuchy et Kayser. — *Externes* : MM. Collin, Grépinet, Rallier du Batty, Lecocq et Béra.

Hôpitaux de Reims. — Les héritiers de M. Ad. Dauphinot, ancien membre de la Commission administrative des hospices, ont fait don d'une somme de 20.000 francs pour l'amélioration des services hospitaliers. Mme Becker a laissé par testament 1.000 fr. à l'Hôtel-Dieu, 1.000 à l'Hôpital-Général et 1.000 fr. à Saint-Marcoul.

Hôtel-Dieu de Reims. — Résultats des concours de l'Internat et de l'Externat. — Internat : Epreuves : *Périoste ; développement des os. Symptôme de l'hémorrhagie cérébrale. Examen de deux malades.* Sont nommés : MM. Herbert, Alex. Henrot et E. Limasset. — Externat : Epreuves : *Articulation sacro-iliaque ; symphyse pubienne. Phlegmon circonscrit ; phlegmon diffus.* Sont nommés : MM. Bonnet, Gérard, Cérac, Drouart, Loriot, Fortin, H. Limasset. — *Internat en Pharmacie.* Epreuves : *Action du chlore sur les oxydes. Essai de l'iodure de potassium ; Dosage des alcaloïdes dans les substances végétales. Gommes, résines d'ombellifères. Glycérine ; extrait d'opium.* Sont nommés : MM. Sauvage et Gaillot, internes titulaires ; Lepaisant et Depouilly, internes provisoires. (*Union méd. du Nord-Est.*)

Ecole de Médecine et de Pharmacie de Reims. — A la dernière séance du Conseil académique de Paris, M. Henrot, directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Reims, a rendu tout d'abord hommage à son prédécesseur, M. Luton, décédé, et a donné quelques détails sur les origines de son Ecole. L'Ecole date de 1550, et elle a depuis lors fonctionné sans interruption, sauf pendant les années de la période révolutionnaire. A travers ces trois siècles et demi, on peut distinguer deux périodes, la première correspond à l'Université de Reims, qui mérite le titre de « Fille aînée de l'Université de Paris ; la seconde à l'Ecole de Médecine qui date du décret de 1808. Réorganisée en 1840, puis sous le second empire, l'Ecole avait pour directeur en 1853, Hector Landouzy, qu'on peut considérer comme un novateur. M. le Dr Maldan, qui lui succéda en 1864, a laissé un souvenir durable. C'est sous la direction de M. Luton que les modifications les plus profondes ont été apportées à l'organisation de l'Ecole. Elle est maintenant sortie de la période critique. Elle compte 76 élèves qui ont pris 260 inscriptions. 132 examens ont été subis, dont 104 avec succès. Elle s'honore d'avoir reçu cette année, pour la première fois, la visite du chef de l'Etat.

Le *laboratoire de bactériologie*, qui a été adjoint à l'Ecole supérieure de Médecine et de Pharmacie de Reims, a été ouvert par une conférence du professeur de bactériologie, notre excellent ami M. Cordier, sous la présidence du Dr Roux, de l'Institut Pasteur.

La Maison de Santé de Saint-Lazare. — A l'une des dernières séances du Conseil général de la Seine, M. le Dr Dubois a interpellé le Préfet de police sur le traitement des malades à la maison de Saint-Lazare ; il a pu constater, au cours d'une visite qu'il a faite récemment à cette prison, que les malades sont mal nourries et mal soignées. L'Administration doit changer radicalement les pratiques en usage dans cet établissement.

Société Anatomique de Paris. — Au cours de sa dernière séance, la Société a décerné le prix Godard à M. Schudzinsky.

Société de Biologie. — Dans la séance du 19 décembre, et conformément aux articles 51 et 52 du règlement, le Conseil présentera la liste des membres du Bureau et des nouveaux membres du Conseil pour l'année 1897, laquelle liste sera discutée *en comité secret.*

Société Médicale des Hopitaux. — La Société a tenu sa dernière séance de l'année le 18 décembre. Elle y a procédé au renouvellement de son bureau, ainsi qu'au remplacement de M. Strauss, comme médecin des hôpitaux.

Université de Strasbourg. — *Incident franco-allemand.* Un étudiant en médecine lorrain, M. François, vient d'être renvoyé de l'Université de Strasbourg par décision du sénat académique. Il suivait le cours de chimie du professeur Fittig. Depuis de longues années, chaque fois que, dans ce cours, revient le nom d'un chimiste français, les étudiants alsaciens et lorrains ont l'habitude d'accueillir ce nom par des applaudissements. Jusqu'à présent, personne n'avait trouvé à redire à cette innocente manifestation. L'autre jour, il n'en fut plus de même. Un étudiant allemand se leva et, d'un ton très arrogant, imposa silence aux Alsaciens et aux Lorrains. M. François crut devoir répondre à l'étudiant allemand qu'il n'avait pas d'ordre à recevoir de lui et qu'il tenait une paire de gifles à sa disposition. L'affaire en resta là et personne n'y pensait plus le lendemain. Mais l'étudiant allemand avait porté plainte contre M. François au sénat académique. Celui-ci prit la chose au tragique, et l'étudiant lorrain fut rayé de la liste des étudiants. En vain tous les étudiants alsaciens, lorrains et luxembourgeois de toutes les Facultés de l'université signèrent-ils une protestation. M. François dut quitter Strasbourg. Le jour de son départ, ses camarades l'accompagnèrent jusqu'à la gare en traversant les rues de la ville sous forme d'un immense monôme, et sur le quai de la gare lui firent une dernière ovation. (*Rev. méd.*)

Universités étrangères. — *Faculté de Médecine de Bucharest.* M. le Dr Buicliu est nommé professeur de clinique médicale. — *Faculté de Médecine de Christiania.* M. le Dr S. Laache, professeur extraordinaire, est nommé professeur ordinaire de médecine interne. — *Faculté de Médecine de Cracovie.* Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à M. le Dr Alexander Zarewicz, privatdocent de syphiligraphie. — *Faculté de Médecine de Naples.* M. le Dr Vincenzo Chirone, professeur à la Faculté de Médecine de Padoue, est nommé professeur ordinaire de matière médicale et de pharmacologie expérimentale. — *Faculté allemande de Médecine de Prague.* — M. le Dr Emanuel Zaufal, professeur extraordinaire d'otologie, est nommé professeur ordinaire. — *Albany medical College.* Sont nommés professeurs : MM. les Drs Herman Bendell (otologie) ; Andrew Mc Farland (diagnostic clinique). (*Sem. Méd.*)

Loi sur les Universités. — Récemment, le Sénat a pris en considération une proposition de loi tendant à décider que toute création de Facultés nouvelles dans les Universités de l'Etat ne pourra avoir lieu qu'en vertu d'une loi.

Distinctions honorifiques. — A l'issue de la cérémonie d'inauguration de l'Université de Paris, le président de la République a conféré la dignité de grand-croix de la Légion d'honneur à M. Gréard, vice-recteur de l'Université de Paris. — M. le Dr Duprat (médecin de la marine) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Jubilé Th. Roussel. — Un comité, présidé par M. H. Monod, directeur de l'hygiène et de l'assistance publiques en France, et dans lequel figurent MM. Thulié, Bergeron, Brouardel, Picot, Marbeau, Gruaud, Monestier, sénateur de la Lozère, et Bourillon, député, a été institué à Paris, pour célébrer le jubilé du sénateur Théophile Roussel, auteur des lois d'assistance et de protection de l'enfance. La célébration de ce jubilé aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, le dimanche 20 décembre, à une heure de l'après-midi. Les sociétés d'assistance et de protection qui voudraient prendre part à ce jubilé voudront bien adresser leur adhésion au Dr F. Lédé, secrétaire général du comité. — *Médaille offerte par Paris à M. Roussel.* — Sur la proposition de M. Bellan, le Conseil municipal de Paris a voté un crédit de 350 francs dans le but de faire frapper et d'offrir, au nom du Conseil municipal de Paris, une médaille au sénateur Roussel, dont on célébrera dans quelques jours le jubilé.

Sur rapport de M. Marquez, le Conseil général de la Seine a décidé, dans sa séance du 25 novembre, d'offrir une médaille d'or à M. le Dr Théophile Roussel, à l'occasion de son jubilé.

L'Établissement thermal d'Aix-les-Bains. — M. Forest, à la Chambre des Députés, a demandé récemment au Ministre de l'Intérieur, de qui dépend l'établissement thermal d'Aix-les-Bains, et quelles sont ses intentions à l'effet de rendre à cet établissement spécial sa prospérité et sa splendeur. Le Ministre de l'Intérieur a reconnu que des réparations sont indispensables dans cet établissement et déclaré qu'il recherchait, avec le Ministre des Finances, les ressources nécessaires pour donner satisfaction aux vœux dont M. Forest s'était fait l'interprète.

L'Assistance médicale gratuite dans les Ardennes. — Le Conseil général des Ardennes s'est réuni récemment en session extraordinaire, pour régler définitivement la question de l'assistance médicale gratuite. Le Conseil, dans sa session dernière, avait décidé que les médecins seraient payés par voie d'abonnement établi proportionnellement au nombre de malades compris sur les listes d'assistance. Les médecins, par l'organe de leur association, avaient absolument repoussé ce système de rémunération et déclaré qu'à partir du 1er janvier prochain ils n'assureraient plus le service médical gratuit qu'autant que leurs émoluments seraient calculés par visite et en établissant une indemnité kilométrique. Le Conseil général a décidé de donner satisfaction aux médecins et a voté les crédits nécessaires au fonctionnement du service.

Le Lait stérilisé a Paris. — M. Paul Strauss a donné récemment lecture, au Conseil municipal de Paris, d'une proposition adoptée par la 5e commission, tendant à la distribution de lait stérilisé. Il a indiqué les noms des conseillers municipaux et des sommités médicales qui seraient appelées à composer la commission d'études chargée de donner son avis sur les moyens les plus pratiques de réaliser une œuvre qui aura pour l'hygiène publique une importance considérable. M. Laurent, secrétaire général de la préfecture de police, voudrait que l'administration fût plus largement représentée dans cette commission ; il croit, d'ailleurs, que le Conseil municipal doit se borner à indiquer à l'administration le nom des personnes à introduire dans la composition des commissions. M. Paul Strauss a protesté contre cette théorie et a regretté le formalisme du représentant de l'administration. La commission qu'il a proposé de nommer est une commission d'études et n'a pas le caractère d'une commission administrative. La proposition de M. Strauss a été adoptée.

Un Droguiste protecteur des Sciences. — A Rochester a vécu un citoyen du nom de H.-H. Warner, qui a fait une fortune colossale par la vente de « *spécialités pharmaceutiques* » connues sous le nom de « Patent Medicines. » M. Warner s'intéressait

vivement à l'astronomie; et par amour pour la science d'une part, d'autre part pour le plaisir d'associer son nom avec celui d'un homme qui, *de simple ferblantier*, venait de se faire une réputation universelle dans le monde savant, cet industriel a fait construire à ses frais un bel observatoire bien outillé, complété d'une jolie résidence sur la plus belle avenue de Rochester et y a installé « le Pr Swift ». Swift se dévoua entièrement à l'astronomie et s'illustra de nombreuses découvertes consécutives. On sait que c'est le plus grand découvreur de comètes du monde entier.

Le Service des remplacements chez les Pharmaciens. — L'Association générale des Etudiants en pharmacie de France communique la note suivante : MM. les Pharmaciens sont avisés que le « service des remplacements » de l'Association amicale des Etudiants en pharmacie de France, est assuré par M. Papillaud, pharmacien de première classe, 6, rue Jacob, membre honoraire de l'AA. S'adresser, pour les demandes verbales, de neuf heures à onze heures, ou par correspondance. L'Association ne place que des Etudiants en cours régulier d'études ou de stage.

Médecins hommes politiques. — Une élection au Conseil général a eu lieu, pour le canton de Tonnay-Boutonne, arrondissement de Saint-Jean-d'Angely. M. le Dr Schmutz, radical, a obtenu 352 voix. Il y a ballottage.

Médecin-adjoint au Maire. — Est élu adjoint au maire de Bordeaux M. le Dr Tranier.

Sérums thérapeutiques. — Par décret, la préparation des sérums thérapeutiques et extraits organiques est autorisée dans les établissements et suivant les conditions ci-après déterminés : 1° Laboratoire de la Société chimique des usines du Rhône à Lyon : sérum antistreptococcique; 2° Laboratoire de MM. Chaix et Rémy à Paris : extraits organiques préparés selon la méthode de Brown-Séquard. Ces produits pourront être debités à titre gratuit ou onéreux. L'autorisation dont ils sont l'objet est temporaire et révocable; ils sont soumis à l'inspection prescrite par la loi.

Missions scientifiques. — Le Ministre des Colonies vient de confier à M. Raoul, pharmacien en chef du service colonial et membre du Conseil supérieur de santé des Colonies, une mission en Indo-Chine, à l'effet d'étudier dans les divers pays qu'y possède la France, quelles plantes et quelles exploitations agricoles nouvelles pourraient y être introduites et acclimatées avec chance de profits à venir. — Mme Chellier, docteur en médecine, qui avait été chargée d'une mission dans l'Aurès pour enseigner aux femmes arabes quelques principes médicaux élémentaires, surtout en matière d'accouchement et de soins à donner aux enfants du premier age, vient de terminer sa mission. Elle est depuis quelques jours à Alger, où elle prépare un rapport qui sera adressé à M. Cambon, gouverneur général de l'Algérie.

L'Etat cérébral des Musiciens. — *Génie et Folie.* — Une nuit de février 1854, le musicien Schumann se leva tout à coup et demanda de la lumière, disant qu'un ami, Franz Schubert, venait de lui envoyer un thème qu'il lui fallait écrire à l'instant. Il commença aussitôt à composer des variations sur ce thème, en *mi* bémol mineur. C'est tandis qu'il travaillait à la cinquième variation qu'il sortit précipitamment et alla... se jeter dans le Rhin. Retiré du fleuve, son premier soin fut de se... rasseoir à sa table de travail et de continuer la variation, comme si rien ne s'était passé. Il eut d'autres hallucinations plus tard et on dut l'interner en 1854. Il mourut... fou en 1856.

Une Statue a Darwin. — Le Shropshire horticultural Society vient de décider de prendre à sa charge tous les frais (25 à 30,000 fr.) d'un monument à Darwin, qui sera érigé dans la ville natale du grand naturaliste, à Shrewsbury.

Les Femmes-Médecins en Russie. — Une femme médecin, Mme Tcharnomarskaja, a été nommée assistant (ordinateur) de la clinique chirurgicale des enfants à l'Académie militaire de Médecine de Saint-Pétersbourg. C'est la première fois qu'on confie un pareil poste à une femme en Russie.

Trafic des Cadavres a la Morgue de New-York. — Le grand jury de New-York vient d'être saisi de révélations scandaleuses sur le trafic de cadavres qu'auraient organisé les fonctionnaires de la Morgue. Ceux-ci tirent, paraît-il, 50.000 dollars par an, de la vente aux médecins des corps non réclamés. Les corps étaient expédiés sur tous les points des Etats-Unis, et telle est l'extension qu'avait prise ce funèbre négoce, que de véritables ateliers d'emballage étaient annexés aux bureaux des fonctionnaires accusés.

Alcoolisme en France. — Par décret, il est institué au ministère des finances une commission en vue d'étudier la question du monopole de l'alcool. Parmi les membres de cette commission, nous relevons les noms de MM. les Drs Berthelot, Bourgouin, Brouardel, Cot, Labbé, Laborde, Lancereaux, Lannelongue, Quintaa, H. Ricard et Richard.

La Croix-Rouge Russe en Abyssinie. — Le détachement sanitaire russe de la Croix-Rouge s'est déjà mis en route pour revenir d'Entotto en Russie; mais quelques-uns de ses membres resteront encore six mois en Abyssinie pour y achever leur mission médicale.

Chronique des Hôpitaux.

H. de la Pitié. — Service de M. Albert Robin. *Enseignement des Stagiaires.* (Décembre 1896). — 1° Leçons à l'amphithéâtre : (Clinique et thérapeutique), par M. A. Robin, le lundi. La première leçon aura lieu le 14 décembre. — 2° Conférences complémentaires (au laboratoire) : M. Michel, lundi 7 décembre, leçon clinique ; mardi 1er décembre, les angines de la scarlatine; mardi 8 décembre, leçon clinique; mardi 15 décembre, les complications articulaires de la scarlatine. — M. Londe, mardi 22 décembre : des paralysies faciales. — M. Bardet, mercredi 2, 9, 16 et 23 déc. : conférences sur l'hygiène alimentaire. — M. Georges Baudouin ; jeudi 3 décembre, des eczémas. — M. Leredde, jeudi 10, 17 et 24 décembre ; pathologie et clinique. — M. Küss : vendredi 4, 11 et 18 décembre, conférences de séméiologie médicale. — M. Londe : samedi 5 et 12 décembre, leçon clinique. — M. G. Baudouin, samedi 19 décembre, des eczémas (suite).

Hospice de Bicêtre. — M. P. Marie. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses*, le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. Charpentier, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. Féré, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. Bourneville, samedi, à 9 h 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement, soit DOUZE FRANCS. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

Voir page XCVI des Annonces
LES ÉTRENNES MÉDICALES

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. Goupy (G. Maurin, Succr), rue de Rennes, 71.

3e SÉRIE. T. IV. N° 52. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 26 DÉCEMBRE 1896

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

CLINIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES DE SAINT-PÉTERSBOURG.
M. le Pr **B. TARNOWSKI**.

Le réflexe tendineux du genou dans la syphilis;
(*Suite*) (1).

par le Dr VALENTIN ZAROUBINE.

En jetant un regard rétrospectif, on remarquera cependant quelques écarts dans la course des faits, sous la dépendance des conditions individuelles inhérentes à chaque malade ; ces écarts néanmoins ne sont pas très prononcés et forment plus ou moins un décor à la question principale.

Dans un cas (voir les tableaux à la fin de cet article, observation II), l'élévation de l'excitabilité réflexe se manifesta deux jours après l'éruption ; je donne l'explication de ce fait un peu plus loin, dans l'analyse détaillée de chaque cas en rapport avec le decursus morbi. Dans une autre observation (voir Obs. VIII), au contraire, l'élévation de l'excitabilité réflexe avait précédé de deux jours le développement de l'exanthème syphilitique primitif; elle se manifesta simultanément avec l'apparition des symptômes généraux prodromiques; pour mon compte, je ne fais pas grand cas de cette modification insignifiante dans le schéma général des désordres observés, car ce serait un non-sens d'attendre que tous les cas soient absolument identiques et puissent être disposés en ligne droite, notamment dans une sphère aussi mobile, aussi inconstante et variable que celle des réflexes : les oscillations existent et doivent exister, cela est requis par la matière même des choses; cependant, dans le cas présent, on pourrait à la rigueur expliquer une telle déviation du cours régulier, par ce fait qu'on a laissé passer les stades de début de la roséole syphilitique; cette présomption a une certaine valeur, eu égard à la difficulté du diagnostic de cet état pendant les premiers jours de son évolution (dans le cas en question deux jours), *en général* et *en particulier* lorsqu'on se trouve en présence de conditions individuelles exceptionnelles (le malade dont il s'agit avait les téguments extrêmement pigmentés ; en même temps son système veineux présentait un développement très prononcé, formant des taches disséminées en foyers, qu'on désigne sous le nom de marmorescence).

Dans trois cas (Obs. V, VI et VII), l'excitabilité réflexe ne resta pas très longtemps élevée et revint à son état normal dans le cours de l'éruption.

Dans deux cas (Obs. III et VIII), le stade du passage graduel de l'excitabilité réflexe abaissée à son état normal n'était pas bien marqué et l'élévation fut suivie immédiatement par la chute à la normale. Dans un cas aussi (Obs. V), ce stade présente une modification et fut pour ainsi dire obscurci par le développement sur le corps du malade de nouvelles efflorescences en forme d'erythème syphilitique, bientôt après l'éruption primitive de la syphilide largement papuleuse (après une semaine).

Quant à la dépendance qui existe entre les oscillations de l'excitabilité réflexe et le tempérament du malade examiné, je pus constater que ces oscillations s'observent le plus nettement chez les sujets présentant à l'état normal même une intensité considérable des réflexes ; chez les malades moins sensibles, chez les phlegmatiques, ces oscillations n'étaient pas aussi prononcées. L'Obs. II et surtout l'Obs. III peuvent être regardés typiques sous ce rapport ; chez ce dernier malade, impressionnable au plus haut degré, les réflexes présentaient une intensité extraordinaire à l'état normal, avant l'apparition de l'éruption primitive ; pendant l'évolution de la syphilide cutanée, l'excitabilité réflexe devient énorme : la jambe était déjetée à une hauteur prodigieuse, ses rebondissements mêmes simulaient des contractions spasmodiques, tant ils étaient imprévus et rapides ; du chiffre 20, à l'état normal, la force de la contraction, énoncée dans les degrés de l'angle, monta jusqu'à 51.

En tant que j'ai pu observer jusqu'à présent, il n'existe aucun rapport déterminé entre l'état de l'excitabilité réflexe et l'intensité du processus syphilitique. C'est pourquoi on en vient à cette conclusion qu'il est impossible de se prononcer sur la gravité des lésions du système nerveux central d'après l'intensité des manifestations cutanées de la syphilis et *vice versa*.

Grâce à l'amabilité de mon très vénéré maître, M. le Pr Tarnowski, je fus à même d'étudier le cours de l'excitabilité réflexe pendant la méthode expectante du traitement, en dehors des cas traités par le mercure, lors de l'éruption primitive, démasquant une syphilis constitutionnelle.

Dans mes recherches, instituées dans cette direction, les malades (Ob. VII et VIII) n'étaient pas soumis au traitement spécifique, malgré l'évolution de symptômes secondaires cutanés chez eux (ces deux malades présentaient la roséole maculeuse cervicale, pectorale, dorsale, abdominale et celle des extrémités supérieures), mais on les laissait en état d'expectation ; chez le premier (obs. 7), la syphilide tachetée disparut complètement quand on lui fit une première injection profonde de 0,06 gr. de salycilate de mercure ; le second malade (Obs. VIII) fut mis au traitement général quand la roséole avait perdu son aspect caractéristique, il ne voulait pas continuer le cours de la thérapeutique expectante.

Dans ces cas, à la méthode expectante, je n'ai point observé de modifications dans le cours de l'excitabilité réflexe par rapport au type ci-dessus mentionné. Certes, je n'ai pas la prétention d'en venir aux conclusions poussées trop loin, vu le nombre restreint des cas. Ceux des observateurs qui ont poursuivi des recherches sur un terrain identique comprendront toute la gravité des expérimentations de ce genre, qui ne sauraient s'accommoder avec les exigences des problèmes médicaux et dans lesquels le point de vue humanitaire fait reculer toutes les autres considérations. Voilà pourquoi j'attache un certain prix à ces deux cas, que je présente ici-même.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 51.

Il est difficile d'admettre que les oscillations de l'excitabilité réflexe étaient sous la dépendance des injections comme jouant le rôle du point de départ de l'excitation, vu que : 1° les recherches portaient sur les deux jambes (on ne voyait que très rarement une différence notable dans l'intensité des réflexes) et 2° les injections, comme il a été déjà noté plus haut, se faisaient après l'examen ; nous ne saurions affirmer que l'excitation se prolongeât les jours qui suivent l'injection. Pour les cas qui font exception de ce qui a été dit, voir plus loin « Histoires de la maladie ».

D'après l'indication du Pr B. Tarnowski, je recherchais avec le plus grand soin chez mes malades les conditions pathologiques du système nerveux central, lesquelles, ainsi que l'expérience l'a démontré, influent fortement sur les oscillations des réflexes tendineux (tabes dorsalis, neurasthénie, etc.). Aucun de mes malades ne souffrait de ces affections. D'après ses indications aussi je recherchais s'il n'y avait pas d'abus des spiritueux ; parmi mes malades, il n'y eut qu'un seul buveur, à un faible degré (obs. 8), ce qui ne me permit pas de tirer des conclusions nécessaires.

Enfin, il est à remarquer que tous les malades qui ont servi à mes recherches présentaient, dès le début, un cours favorable de la syphilis; il n'y avait pas de manifestations omineuses et les symptômes morbides cédaient aisément aux efforts de la thérapeutique.

Par conséquent mes recherches sur les réflexes tendineux du genou confirment en général les résultats obtenus par Jarisch et Finger.

En terminant l'exposé des résultats de mes observations, je passe à leur explication et à l'énoncé de quelques conclusions théoriques.

En analysant minutieusement les données ci-dessus mentionnées, on vient nécessairement à la conclusion que les désordres observés dans la sphère des réflexes se rattachent à la syphilis ; l'incontestabilité de cette conclusion ressort du cours simultané de ces deux phénomènes : l'évolution des syphilides cutanées et les oscillations des réflexes, notamment du phénomène du genou. On se demande, à quoi peuvent tenir ces oscillations de l'excitabilité réflexe ? Quel rapport présententelles avec les autres symptômes de la syphilis constitutionnelle et les manifestations cutanées de cette maladie? Quelle est la nature des lésions du système nerveux central ou périphérique dont les phénomènes observés sont l'expresssion ? Quelle importance peuvent avoir ces résultats pour le pronostic touchant l'état et les modifications finales de ces organes dans la syphilis en évolution ?

On sait que le phénomène connu sous la dénomination du réflexe tendineux avait été découvert, presque simultanément, par Erb et Westphal en 1875; mais les observateurs étaient en désaccord sur l'origine de ce phénomène. Erb le regarde comme un phénomène réflexe, dont le point de départ est constitué par les nerfs tendineux, tandis que l'excitation se transmet au muscle par le renflement lombaire de la moelle épinière. Westphal discute l'origine réflexe des réflexes tendineux; à son avis, ces derniers sont le résultat de l'irritation immédiate mécanique du muscle provoqué par ses vibrations. Suivant Gowers, la cause de cette diversité d'opinion réside dans l'interprétation vicieuse de la dépendance qui existerait entre l'extension passive du muscle et la moelle épinière : à son avis le réflexe tendineux ne constitue pas une excitation réflexe de la contraction, mais dépend de l'action que la moelle épinière, exerce en général sur l'irritabilité des muscles, par conséquent c'est le tonus musculaire qui joue le rôle principal dans le phénomène en question ; aussi cet auteur propose-t-il de désigner ce phénomène sous le nom de « contraction myotatique ».

A l'heure où nous sommes, le plus grand nombre d'observateurs s'accordent à reconnaître la nature réflexe des phénomènes appelés « réflexes tendineux », car on possède à l'appui une foule de données cliniques et expérimentales. La littérature du sujet est vaste ; on n'a pas épargné l'encre et le noir d'impression pour le tirer au clair. Les recherches d'Erb (1), de Schultze et Fürbringer (2), de l'école française (Charcot et ses élèves), de Tschirjew (3), de Strümpfell (4), de Beurman (5), de Brissaud (6), de Jendrassik (7), de Jarisch et Schiff (8), de Jarochewski (9), etc., nous autorisent de nous prononcer pour le lieu qui rattache le phénomène du genou à la moelle épinière, par conséquent de reconnaître l'origine réflexe de ce phénomène.

A ce point de vue les désordres que nous avons constatés dans la sphère des réflexes pendant les formes initiales et récentes de la syphilis doivent être rapportés à la lésion du centre même du réflexe du genou, lequel, d'après Tschirjew (10), se trouve dans le renflement lombaire de la moelle épinière, ou plus exactement à l'origine du nerf fémoral.

Le défaut des recherches anatomiques précises intéressant la moelle épinière des syphilitiques, dans la période qui nous occupe, empêche la solution du problème quant à la *nature* de la lésion de la moelle épinière qui avait provoqué les modifications de l'excitabilité réflexe. Par analogie avec les manifestations cutanées de la maladie, qui s'observent simultanément, nous pouvons présumer des lésions identiques dans le système central, prenant pour base les travaux de Ljunggrén (11) et de Lang (12), c'est-à-dire, envisager les hyperhémies en foyer du tissu nerveux comme point de départ de toutes ses modifications. Cette interprétation, bien entendu, ne doit être acceptée qu'avec beaucoup de réserve. La solution du problème appartient à l'avenir ; pour le moment nous sommes obligés d'admettre que la science n'a pas encore dit son dernier mot.

Bien que l'interprétation, que nous venons de donner aux modifications de l'excitabilité réflexe, en nous basant sur les recherches des savants avec Erb à la tête, présente un certain attrait, nous ne saurions passer sous silence que certains auteurs avec Westphal à la tête, comme nous l'avons déja mentionné plus haut, nient

(1) W. Erb. — *Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1875, t. V, XXIV, p. 792.
(2) Schultze und Fürbringer. — *Neurologisches Centralblatt*, 1875, p. 929.
(3) S. Tschirjew.— *Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1878, t. VII, XXXVIII, p. 689. *Archives de Physiologie*, 1875, deux. sér., t. VI, p. 296.
(4) Adolph Strümpell. — *Deutsches Archiv. f. klin. Medicin.*, 1879, t. XXIV, VIII, p. 175.
(5) L. de Beurman. — *Archives générales*, 1882, mars, p. 332. Extr. dans le *Neurologisches Centralblatt*, 1882, n° 8, p. 181.
(6) Brissaud. — Thèse de Paris, 1880.
(7) Ernst Jendrassik. — *Orvosi hetilap.* 10, 11; extr. dans le *Neurologisches Centralblatt*, 1882, n° 17, p. 392.
(8) Jarisch und Schiff. — *Untersuchungen ü. das Kniephanomen* ; extr. dans le *Neurologiches Centralblatt*, 1882, n° 17, p. 391.
(9) G. Jarochewski. — *Wratch* (Le Médecin), 1884, n° 3, p. 33.
(10) *L. c.*
(11) Alrik Ljunggrén. — *Archiv f. Dermatol. und Syphilis*, 1871, Heft III et IV, p. 333 et les suiv.
(12) Edouard Lang. — *Wiener med. Wochenschrift*, 1880 ; *Vierteljahresschr. für Dermatol. und Syphilis*, 1881, p. 469; *Vortrag im Innsbrucker naturw. med. Vereine am 7 Februar*, 1881.

l'origine réflexe des phénomènes que nous étudions. Il est vrai que le nombre de ces derniers savants est plus restreint, mais les questions scientifiques ne sauraient être mises aux voix, et je ne crois pas pousser trop loin le rigorisme scientifique en voulant rendre un tribut d'égard aux idées de ces derniers savants ; d'autant plus que les faits suivant s'accordent difficilement avec la nature réflexe du phénomène que nous étudions : la distance qui sépare le choc et la contraction (1/30 de seconde environ suivant Tschirjew et Waller) est trop insignifiante pour le passage de l'irritation par la moelle épinière ; les réflexes du genou font souvent défaut chez les sujets tout à fait sains, mais on n'observe que très rarement l'absence d'autres réflexes (des muqueuses, des téguments, etc.), chez l'homme à l'état de pleine santé. L'un des nouveaux expérimentateurs, Orchanski (1), dans un travail récent, penche en faveur de la dépendance intime des phénomènes tendineux de l'état des muscles, en présentant ainsi un nouveau témoignage en faveur de la théorie de Westphal. Une analyse plus détaillée de cette question n'est pas de mon ressort et ne saurait trouver sa place dans cet exposé.

Je ne suis pas d'accord avec les auteurs qui sont enclins de nier *complètement* l'interprétation des réflexes tendineux au point de vue de Westphal et de son école. Si la faiblesse de principe est jusqu'à un certain degré excusable dans la littérature en général, dans la littérature scientifique elle ne saurait guère aspirer à l'indulgence Par conséquent la question, à mon avis, est loin d'être épuisée.

En essayant d'expliquer les oscillations de l'excitabilité réflexe que nous avons observées au point de vue de Westphal, il serait nécessaire de les rattacher à la modification de la conductibilité périphérique. Malheureusement, la pathologie nerveuse ne compte pas un nombre de faits suffisants pour nous donner une idée claire et nette sur la *nature* de cette modification.

Afin de donner un tableau explicite de la méthode que j'adoptais pour mes recherches, je m'en vais passer en revue les histoires des maladies ; pour plus de facilité, je n'en donne que des résumés succincts. On y trouvera aussi les chiffres se rapportant à l'examen des réflexes. Je cherche à être concis dans la description des maladies pour ne pas allonger cet article,

Observation I.

Basile J..., greffier militaire, âgé de 27 ans, entra dans la clinique du Pr Tarnowski, le 28 février 1892. Au dire du malade il s'aperçut le 15 février de la présence d'un ulcère sur le feuillet interne du prépuce. Les signes commémoratifs ne permettent pas de déterminer avec précision l'intervalle qui a passé depuis le coït infectant jusqu'à l'apparition de l'ulcère.

Etat présent. 2 *mars.* Le malade est de petite taille. Constitution faible, nutrition mauvaise. Poids du corps 54 kil. 120. Sur le feuillet interne du prépuce s'épanouit le chancre syphilitique type. L'ulcère est parfaitement arrondi, de la grandeur de dix sous, avec un détritus diphtéritique insignifiant du fond ; la sécrétion est presque nulle, l'induration de la base est très caractéristique. La sclérose du fond soulève l'ulcération au-dessus de la surface environnante (ulcère élevé). Dans les aines, des pléiades typiques de ganglions lymphatiques. On ne trouve nulle part d'autres manifestations. Ordonnance : natrum sozojodolicum sur l'ulcération.

3 *mars.* L'ulcération s'est presque complètement débarrassée du détritus. Ordonnance : emplâtre mercuriel sur l'ulcération. Le réflexe du genou de la jambe droite, 16 ; celui de la jambe gauche, 17. — 4. Plus de détritus dans l'ulcération. J. d. (1), 16 ; J. g. (1), 17. — 5. Les granulations apparaissent dans l'ulcération. J. d., 16 ; j. g., 16. — 6. J. d., 16 ; j. g. 18. — 7. Le malade a pâli à vue d'œil. J. d., 17 ; j. g., 18. — 8. On constate chez le malade l'engorgement de plusieurs glandes lymphatiques. J. d., 18 ; j. d., 18. — 9. Sur les portions latérales du thorax quelques taches de roséole. J. d., 20 ; j. g., 21. — 10. La roséole du thorax est plus serrée et a envahi le dos et les extrémités supérieures. Des plaques opalines sur la langue. Une polyadénite généralisée assez prononcée. J. d., 22 ; j. g., 24. — 11. J. d., 22 ; j. g. 22. — 12. Accuse de la céphalalgie. Injection intermusculaire dans la région des fesses du côté droit de 0,03 centigr. de salicylate de mercure. J. d., 22 ; j. g., 24. — 13. J. d., 24 ; j. g., 23, — 14. Roséole abondante du ventre, du thorax, du dos et des extrémités supérieures. Sensibilité en bon état. Injection de 0,06 centigr. de salicylate de mercure. J. d., 30 ; j. g., 25. — 15. La syphilide tachetée avait perdu sa couleur éclatante. J. d., 28 ; j. g. 25. — 16. La roséole du thorax est à peine perceptible. Injection de 0 g. 06 de salicylate de mercure. J. d., 25 ; j. g , 23. — 17. La roséole persiste sous la forme de taches imperceptibles. La sclérose s'est cicatrisée à demi. J. d., 26 ; j. g., 24. — 18. J. d., 21 ; j. g., 23. — 19. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 23 ; j. g. 20. — 20. La roséole est à peine visible. J. d., 13 ; j. g., 16. — 21. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 11 ; j. g., 26. — 22. J. d., 3 ; j. g., 3. — 23. J. d., 13 ; j. g., 13. — 24. Les gencives sont un peu ramollies. Injection de 0 gr, 06 de salicylate de mercure. J. d., 14 ; j. g., 16. — 25. Léger suintement sanguin des gencives. J. d., 14 ; j. g., 17. — 26. Les taches de la roséole sont à peine visibles. Injections de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 15 ; j. g., » ; n'a pas été examinée à cause d'une certaine sensibilité douloureuse à l'endroit qu'on a touché avec la pierre infernale. — 27. La sclérose continue à se cicatriser. J. d., 15 ; j. g., 17. — 28. Les glandes inguinales diminuent. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 15 ; j. g., 15. — 29. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 15 ; j. g., » ; n'a pas été examinée pour la même raison. — 30. J. d., 17 ; j. g., 15. — 31. J. d., 16 ; j. g., 16.

1er *avril.* — Les gencives sont ramollies et laissent écouler du sang. Ordonnance : solution d'acide chromique 1 0/0 pour enduire les gencives. — J. d., 20 ; j. g., 20. — 2. J. d., 16 ; j. g., 16. — 3. J. d., 17 ; j. g., 20. — 4. J. d , 22 ; j. g., 23. — 5. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 16 ; j. g., 22. — 6. J. d. 16, ; j. g., 22. — 7. Les gencives sont enflées, ne laissent plus suinter du sang. La sclérose s'est complètement cicatrisée. Les glandes des aines se résorbent. J. d., 19 ; j. g., 20. — 8. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 19 ; j. g., 20 — 9. J. d., 19 ; j. g., 20. — 10. Les gencives reviennent à l'état normal. J. d., 18 , j. g. 22. — 11. Diminution très marquée des glandes des aines et de l'induration à l'endroit où se trouvait le chancre. J. d , 19 ; j. g., 21. — 12. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 10 ; j. g., 23. — 13. J. d.. 24 ; j. g., 23 — 14. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 20 ; j. g., 23. — 15. J. d , 19 ; j. g., 19. — 16. — Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. Les glandes des aines sont à peine perceptibles à la palpation. L'adénite multiple est peu marquée. Les gencives sont tout à fait saines. Point d'autres manifestations de la syphilis. Le sommeil et l'appétit sont excellents. La sensibilité est bonne. Le malade reçoit son exeat. J. d., 19 ; j. g., 18.

Ce cas présente un intérêt particulier quant à la manifestation prodigieusement démonstrative *des oscillations réflexes synchroniques avec l'apparition et le cours des symptômes secondaires cutanés de la syphilis.* Le sujet que nous avons étudié présente un épanouissement de la syphilide maculeuse (roséole maculeuse) sur le corps et l'excitabilité réflexe s'élève immédiatement ; l'intensité réflexe augmente parallèlement avec la recrudescence dans l'évolution de l'éruption ; le point culminant de cette évolution correspond exactement au chiffre le plus élevé du tableau, indiquant

(1) Orchanski. — *Travaux de la section médicale des sciences exprimentales à l'Université de Kharcow.*

(1) Ces abréviations indiquent les mensurations en chiffres du réflexe rotulien dans la jambe droite et la jambe gauche.

l'intensité du réflexe du genou en degrés de l'angle ; à mesure que les efflorescences syphilitiques guérissaient, l'intensité réflexe tombait peu à peu. En d'autres termes, dans le cas en question, les désordres de la sphère des réflexes suivaient pas à pas les manifestations secondaires cutanées de la syphilis, la recrudescence ou la chute de l'éruption provoquant jusqu'à une certaine mesure l'augmentation ou la diminution des réflexes. Je le répète encore, cette simultanéité de phénomènes traverse en alinéa toute la période de l'éruption primitive chez le malade en question.

De plus, on a pu constater chez ce malade le fait curieux suivant. Le 21 mars, il y eut chez lui *une forte élévation du réflexe du genou d'un côté;* l'absence de phénomènes quelconques dans le cours du processus syphilitique qui aient pu réagir dans cette direction sur l'activité réflexe, rend difficile l'interprétation de ce fait; (Finger (1), par exemple, avait observé dans un cas de psoriasis plantaire limité au pied droit seulement, une élévation très considérable de l'excitabilité réflexe du crémaster, des phénomènes du genou et de la malléole du côté droit seulement; pendant le développement consécutif de ladite affection sur le pied gauche se manifestaient les mêmes symptômes, limités à la moitié gauche du corps); c'est pourquoi nous sommes obligés de rattacher cette élévation accidentelle de l'excitabilité réflexe à l'injection profonde du salicylate de mercure qui a éte faite au malade par mégarde 5 minutes avant l'examen et non *après*. Ce fait, que je note en passant, d'une élévation de l'excitabilité réflexe pendant le traitement par les injections, témoigne d'une intense irritation périphérique (nerf sciatique) et probablement d'une irritation centrale que ces injections provoquent.

Observation II.

Serge D..., greffier militaire, 23 ans, entra dans la clinique du Pr Tarnowski le 28 février 1892. Le 20 février avait eu au pénis une ulcération après un coït suspect. — Anamnésie confuse.

État présent. — 2 *mars*. Le malade est de petite taille, d'un tempérament très phlegmatique. Constitution robuste, nutrition excellente. Poids du corps : 64 kil. 730. Erosion chancreuse sur le feuillet interne du prépuce avec induration très marquée, accompagnée d'un engorgement considérable des glandes dans les deux aines. Point d'autres manifestations syphylitiques. Ordonnance : natrum sozojodolicum sur l'érosion, emplâtre mercuriel sur les glandes des aines.

3 *mars*. L'ulcération s'est débarassée de son détritus. — 4. Même état. — 5. Même état. — 6. Même état. — 7. Les glandes inguinales sont très dures. Ordonnance : emplâtre mercuriel sur l'érosion. — 8. L'ulcération est en voie de granulation. — 9. Même état.— 10 J. d., 3 ; j. g., 3.— 11. J. d.,2 ; j. g., 3. — 12. J. d. 3 ; j. g. 3. — 13. J. d. 3 ; j. g. 3. — 14. J. d. 2 ; j. g. 3. — 15. J. d. 3 ; j. g. 3. — 16. J. d. 3 ; j. g. 3. — 17. J. d. 3 ; j. g. 3. — 18. L'érosion est en voie de granulation, ses bords se cicatrisent déjà, j. d. 3; j. g. 3. — 19. J. d. 4 ; j. g. 3. — 20. Adénite multiple des glandes lymphatiques, j. d., 3 ; j. g., 3. — 21. J. d., 3 ; j. g., 4. — 22. J. d., 3 ; j. d. 4. — 23. Polyadénite généralisée très prononcée, j. d., 2; j. d., 3. — 24. J., d., 3 ; j. g., 3. — 25. Sommeil, appétit et sensibilité excellents, j. d , 3 ; j. g., 3. — 26. J. d., 2 ; j. g., 3.— 27. J. d ,3, j. d., 3 — 28 Quelques taches de roséole sur le côté droit du corps. Sommeil et appétit excellents, j. d., 3; j. g., 3. — 29. Injection profonde de 0 gr. 03 de salicylate de mercure, j d., 4 ; j. g., 4. — 30. Evolution de la roséole sur les deux côtés du thorax. Amollissement et résorption de la sclérose, j. d., 13 ; j. g. 12. — 31. Roseole nettement prononcée assez drue sur tout le corps, j. d., 11 ; j. g., 11.

1er *avril*. J. d., 12 ; j. g., 11. — 2. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure, j. d., 11 ; j. g., 10. — 3. L'éruption a pâli. La sclérose s'est à peu près cicatrisée. Les glandes inguinales sont en voie de résorption, j. d., 13 ; j. g., 11.— 4. J. d., 3 ; j. g., 6. — 5. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure, j. d., 3 ; j. g., 4 — 6. La roséole est à peine perceptible, j d., instrument Danillo, 0 ; procédé Jendrassix (1), 3 ; j. g, instrument Danillo, 0 ; procédé Jendrassik, 4. — 7. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure, j. d., instrument Danillo, 0 ; procédé Jendrassik, 3 ; j. g., instrument Danillo, 0 ; procédé Jendrassik, 3. — 8. J. d , instrument Danillo, 1 ; procédé Jendrassik, 5 ; j. g., instrument Danillo, 0 ; procédé Jendrassik, 2. — 9. J. d., 1 ; j. g., 1. — 10. Les efflorescences ont complètement guéri. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure, j. d., 1 ; j. g.. 1. — 11. La sclérose s'est cicatrisée, j. d., 2 ; j. g., 2. — 12. J. d. 2 ; j. g., 2. — 13. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure, j. d., 2 ; j. g., 3 ; — 14. L'induration cartilagineuse à l'endroit de la sclérose diminue, j. d., 2; j. g., 3. — 15. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure, j. d., 5 ; j. g. 2. — 16. L'induration à l'endroit de la sclérose et les glandes des aines sont en voie de résorption, j. d., 2 ; j. g. 2. — 17. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure, j. d., 2 ; j. g., 3. — 18. J. d., 3 ; j. g., 3. — 19. J. d., 3 ; j. d., 3. — 20. J. d , 3 ; j. g., 3, injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. — 21. J. d., 3 ; j. g., 3. — 22. J. d., 3 ; j. g., 2. — 23. J. d., 3 ; j. g., 3. — 24. J. d., 3; j. g., 2; injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. — 25. J. d., 3 ; j. g., 3. — 26. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. L'induration à l'endroit où se trouvait le chancre est nulle. L'adénite multiple est peu marquée. Point d'autres manifestations de la syphilis. Toutes les fonctions sont normales, le sujet se sent bien, a bonne mine. On lui délivre son exeat, mais il continue le traitement à titre d'externe, j. d., 2; j. g., 3.

Cette observation fournit bon nombre de faits curieux. *L'élévation de l'excitabilité réflexe du genou est remarquable*, car on l'observe chez un sujet doué d'une constitution nerveuse peu ordinaire. Ce malade, d'un tempérament extrêmement phlegmatique, qui fut soumis à mon observation, comme cela se voit, au moment le plus favorable pour mon but, c'est-à-dire avec l'accident primitif récent, quinze jours après l'infection, présentait à l'état normal une excitabilité réflexe excessivement obtuse (le chiffre de l'intensité du réflexe du genou n'était que de 3 chez lui, ce qui est exceptionnellement rare, et je ne l'ai observé que chez un seul de mes malades, celui même dont il s'agit dans ce moment). L'excitabilité réflexe pendant les deux semaines et demie restait la même et, par conséquent, je croyais avoir raison d'envisager cette hauteur comme hauteur normale de l'excitabilité réflexe chez ce sujet. Puis ce malade, sans prodromes généraux aucuns, a eu sur la moitié supérieure de son corps une éruption rare de la syphilis tachetée ; l'excitabilité réflexe persiste pendant les deux premiers jours de l'éruption à sa hauteur normale ; la sphère réflexe du malade ne sort pas de sa torpeur, elle reste invulnérable ; mais l'éruption devient plus serrée au troisième jour et le réflexe du genou montre une augmentation dans son intensité, le système nerveux indolent du sujet a cédé enfin à un stimulant plus énergique (disons-le, à une hyperhémie en foyers plus intense du tissu nerveux, présentant une analogie avec les processus morbides qui ont lieu simultanément dans les téguments), qui a provoqué certains troubles fonctionnels, et ces derniers se manifestèrent par les désordres dans la sphère des réflexes. Ce fut le troisième jour depuis le début des symptômes cutanés secondaires, lorsque l'éruption type de la syphilide tachetée avait atteint son maximun d'intensité et d'épanouissement, que l'excitabilité réflexe avait présenté

(1) L. c., p. 266.

(1) Voir plus loin.

les chiffres les plus élevés dans toute cette période d'observation. Certes, cette élévation de l'excitabilité réflexe, prise dans un sens absolu, sans comparaison aucune avec l'état précédent, ne saute pas aux yeux de prime abord ; mais cette élévation du réflexe rotulien nous paraît surprenante, si nous prenons en considération la constitution du malade, qui présentait à l'état normal une absence à peu près complète des réflexes.

(*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les fondations scientifiques et hospitalières : un bon exemple.

Sous ce titre : *Le donateur de l'Université de Lyon*, le *Lyon médical* du 13 décembre a publié la note suivante :

« Par un acte notarié en date du 2 décembre 1896, M. Auguste Falcouz, banquier à Lyon, gendre de M. le Pr Gayet, a donné 100.000 fr. à l'Université lyonnaise. Les 100.000 fr. seront payables, au gré de l'Université, au plus tard après la mort du donateur ; mais à partir du 1er janvier 1896, il servira les intérêts calculés à raison de 4 0/0, soit 4.000 fr. Voici l'emploi de cette rente :

« Tous les deux ans, il sera donné quatre prix de 1.000 fr. à chacun des élèves des quatre Facultés (droit, médecine, sciences, lettres), auteurs du meilleur mémoire sur une question d'actualité. Ces prix porteront le nom de *Prix Etienne Falcouz*, en mémoire du père du donateur. — De deux ans en deux ans, la rente sera employée à l'achat d'instruments pour les laboratoires des Facultés des sciences et de médecine. *Dans 50 ans, l'Université de Lyon aura toute liberté pour disposer, comme elle l'entendra, des intérêts et du capital lui-même.* »

C'est avec un double plaisir que nous avons annoncé (1) cet acte de libéralité au bénéfice de l'Université lyonnaise et que nous citons à nouveau ce passage de notre confrère lyonnais : en premier lieu pour l'acte lui-même et son origine médicale, en second lieu pour la manière dont la *fondation* est instituée. Le donataire impose une affectation spéciale à sa fondation, mais il en limite la durée à cinquante ans. Il connaît les besoins actuels et veut contribuer à leur donner satisfaction. Mais, ignorant ce que seront ces besoins dans l'avenir, ne voulant pas lier indéfiniment, pour toujours, l'Université lyonnaise, il a la sagesse de n'imposer ses conditions que pour un temps limité. Il laisse l'Université lyonnaise libre de disposer, *comme elle l'entendra, des intérêts et du capital lui-même* au bout de *cinquante ans*. C'est ce mode de procéder que devraient adopter toutes les personnes généreuses qui font des dons aux établissements scientifiques et aux établissements hospitaliers. L'exemple de M. Falcouz méritait donc d'être cité, et cet exemple devrait servir d'encouragement aux législateurs pour étudier une loi qui limiterait à cinquante ans les conditions restrictives des fondateurs. Qu'ils relisent les raisons invoquées par Diderot (2) et par Th. Payne (3) contre la perpétuité des Fondations, et ils n'hésiteront pas à se convaincre de l'utilité de la loi que nous réclamons. Bourneville.

(1) *Progrès médical*, n° 50, p. 459.
(2) L'article de Diderot a été reproduit dans le *Progrès médical* du 24 octobre 1885.
(3) Voir le *Progrès médical* du 10 octobre 1896, p. 245.

Science et Médecine.

Mon confrère et ami, M. le Dr A. Cabanès, dont plus que personne j'apprécie le talent de journaliste, va quelquefois un peu loin dans ses appréciations et l'une des phrases de l'article qu'il a consacré récemment à l'*Evasion* dans la *Chronique médicale* (1) me servira de prétexte pour dire toute ma pensée au sujet du rôle de la médecine dans la Société moderne, rôle trop critiqué aujourd'hui.

M. Cabanès dit : « Qui donc, sauf M. Brieux, a jamais cru qu'ils (les médecins) prolongeaient d'un jour une existence d'individu ? Ils ne peuvent donner une heure de délai et se doivent borner à rendre la patience moins dure et les accidents moins douloureux. » Je proteste absolument contre une telle assertion, surtout comme chirurgien, assertion d'autant plus sérieuse qu'elle sort de la bouche d'un praticien émérite et d'un littérateur classé.

Comment, les médecins ne prolongent pas parfois la vie de leurs concitoyens ? Voici un exemple entre mille, qui réfutera cette théorie désastreuse. Un jour, à cette Exposition de Chicago, tant blaguée par ceux qui ne l'ont pas vue, je me trouve en présence d'un cas de plaie de la fémorale. Grâce au service de l'*Assistance chirurgicale instantanée* de l'Exposition, en quelques minutes, un chirurgien très compétent se trouve sur le lieu de l'accident, fait le nécessaire et le blessé guérit. Mais ce malade serait infailliblement mort, si le médecin spécialiste avait tardé de quelques minutes !

Autre cas. Un charretier tombe de sa voiture et est écrasé par l'une des roues qui lui passe sur le ventre. Au bout de quelques minutes, on le laparotomise. On trouve un intestin rompu sur une assez grande longueur. On le résèque, et l'opéré guérit. Or, on peut affirmer que ce blessé serait mort, si on était intervenu seulement plusieurs heures plus tard ! Comment nier dans ces conditions, prises au hasard, le rôle absolument curatif de la chirurgie et les bienfaits de la science médicale !

Si donc les médecins veulent qu'on respecte la profession qu'ils exercent, il faut qu'ils croient fermement au progrès, à l'avenir de la médecine, qu'ils se fassent tuer, en véritables martyrs, pour les données acquises, parfaitement acquises. Mais il faut aussi qu'ils osent dire hautement, sans tricher : « Sur ce point, Messieurs, nous ne savons rien, absolument rien ! Et c'est déjà beaucoup que de savoir que nous ne savons rien. »

Savants ou médecins, soyons d'abord honnêtes, non seulement vis-à-vis des autres, mais surtout vis-à-vis de nous-même et de la Science, qui nous fait vivre et qui vaut mieux que nous. Marcel Baudouin.

Le Jubilé du Dr Th. Roussel à la Sorbonne.

La nécessité où nous sommes de faire paraître la *Table des matières* dans le dernier numéro de l'année, nous oblige à ajourner à la semaine prochaine le récit de la belle cérémonie, qui a eu lieu le 20 décembre à la Sorbonne, en l'honneur du Dr Théophile Roussel.

(1) Numéro du 15 déc. 1896, p. 747.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 décembre 1896.

Prix.

La Séance publique annuelle de l'Académie des Sciences a eu lieu, lundi 21 décembre, sous la présidence de M. Cornu. Après un discours du président, proclamation a été faite des prix décernés en 1896, parmi lesquels nous relevons les suivants :

Prix Montyon. — Médecine et chirurgie. — Deux prix sont décernés à MM. les Drs Sigismond Laskowski et Legrain. — Un troisième prix est partagé entre MM. Imbert et Bertin-Sans, d'une part, et MM. Oudin et Barthélemy de l'autre. — Trois mentions sont attribuées à MM. les Drs Comby, Brocq et Jacquet, Broca et Mauriac. — Une citation est accordée à MM. Dignat, Viry, médecin principal de première classe, et Gils, médecin-major de première classe.

Prix Montyon. — Statistique. — Le prix est décerné : 1° au comité d'assurances à primes fixes sur la vie; 2° à M. le Dr Huguet, médecin-major de deuxième classe. — Une mention très honorable est attribuée à Mme Pégard, et une mention honorable à M. G. Baudran.

Prix Barbier. — Le prix est partagé entre MM. les Drs Bertrand et Fontan, et M. le Dr Raynaud. Une mention très honorable est attribuée à M. le Dr Moreigne.

Prix Bréant. — Le prix est décerné à M. Rénon, et à MM. Netter et Thoinot.

Prix Godard. — Le prix est décerné à M. le Dr Max Melchior (de Copenhague). Une mention très honorable est attribuée à M. le docteur Paul Delbet.

Prix Serres. — Le prix est partagé entre M. Mathias Duval et M. Alfred Giard. Une mention est attribuée à M. Laguesse.

Prix Bellion. — Le prix est décerné à M. le Dr de Brun. Une mention honorable est attribuée à M. Bodin.

Prix Mège. — Le prix est décerné à M. le Dr Mauclaire.

Prix Lallemand. — Le prix est décerné à M. Raphaël Dubois.

Prix du baron Larey. — Le prix est décerné à M. le professeur Edmond Delorme.

Prix Montyon. — Physiologie expérimentale. — Le prix est décerné à M. Contejean. Une mention honorable est attribuée à M. Pagès.

Prix Pourat. — Le prix est décerné à M. le Dr Joachimstahl (de Berlin).

Prix Philipeaux. — Physiologie expérimentale. — Le prix est décerné à M. Tissot.

Prix Gay. — Le prix est décerné à M. André Delebecque.

Prix Jecker. — Le prix est partagé entre MM. Matignon, Auger, Bouveault et Genvresse.

Prix Vaillant. — Question proposée en 1894 et remise au concours de 1896. — Le prix est décerné à M. A. Guye.

Prix Vaillant. — Question proposée pour 1896. — Le prix est décerné à M. Charles Lallemand.

Prix Fontannes. — Le prix est décerné à M. Douvillé.

Prix Desmazières. — Le prix est décerné à M. Em. Bescherelle.

Prix Montagne. — Un encouragement est accordé à M. Flagey.

Prix Thore. — Le prix est décerné à M. Charles Janet.

Prix Savigny. — La Commission a décidé qu'il n'y avait pas lieu cette année de décerner le prix.

Prix Montyon. — Arts insalubres. — Le prix est décerné à M. Émile Cacheux.

Prix Trémont. — Le prix est décerné à M. Frémont.

Prix Gegner. — Le prix est décerné à M. Paul Serret.

Prix Delalande-Guérineau. — Le prix est décerné au capitaine Toutée.

Prix Jean Reynaud. — Le prix est décerné à M. Henri Poincaré, membre de l'Académie des sciences.

Prix Jérôme Ponti. — Le prix est décerné à MM. Benoît, Chapuis et Guillaume.

Prix Leconte. — Arrérages. — Le prix est décerné à M. J. Roussel et à M. Henneguy.

Prix Tchihatchef. — Le prix est décerné au prince Henri d'Orléans.

Prix Houllevigue. — Le prix est décerné à M. Joannis.

Prix Cahours. — Le prix est partagé entre MM. Frundler, Lebeau, Hebert et Varet.

Prix Saintour. — Le prix est partagé entre MM. Guntz et Renault.

Prix Laplace. — Le prix est décerné à M. de Nanteuil de la Morville.

Prix Rivot. — Le prix est décerné à MM. de Nanteuil de la Morville, Dutilleul, Balling et Leroux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 décembre. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Le traitement de la bosse du mal de Pott.

M. CALOT (de Berck) montre par 37 observations qu'il est possible d'effacer entièrement ou de corriger beaucoup la bosse du mal de Pott, même lorsqu'elle est ancienne. Dans deux cas seulement, l'intervention sanglante (résection cunéiforme du rachis) a été nécessaire. Dans tous les autres, des manœuvres externes (tractions et pressions sous le chloroforme suivies de l'application d'un grand appareil plâtré) ont suffi. Cette dernière méthode appliquée dès le début du mal de Pott assure une guérison rapide en cinq à dix mois, sans paralysies, sans troubles ultérieurs de la santé générale de la respiration et de la circulation. Cinq des malades ainsi traités pour des gibbosités, vieilles de six mois à six ans, sont présentés à l'Académie. La correction de la gibbosité est très remarquable.

Les maladies infectieuses.

M. KELSCH insiste de nouveau sur le fait des maladies infectieuses nées sans contagion. Ce fait est capital pour la prophylaxie. A côté des diverses mesures sanitaires (isolement, désinfection), il ne faut pas oublier l'individu ; on cherchera, par de bonnes conditions hygiéniques, à augmenter sa résistance.

Torsion du pédicule dans les fibromes utérins.

M. HEURTAUX (de Nantes) envoie une observation confirmant absolument l'intéressante communication faite récemment par M. Schwartz sur cette torsion et sur les accidents de péritonite qui en résultent.

Elections.

M. JACCOUD est élu vice-président pour l'année 1897 par 68 voix sur 70 votants (2 bulletins blancs).

M. CADET DE GASSICOURT est réélu, par acclamation, secrétaire annuel.

MM. BUCQUOY et LABBÉ sont élus membres du Conseil.

A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 décembre 1896. — PRÉSIDENCE DE M. CH. MONOD.

Suture intestinale dans le cas d'anus contre nature.

M. JALAGUIER fait un rapport sur un travail de M. BARETTE (de Caen), ayant trait à des sutures intestinales. Le premier cas se rapporte à un anus contre nature. Le chirurgien réséqua une bande sur le pourtour de la perte de substance et affronta les parties avivées. Guérison. Le deuxième cas est aussi un anus contre nature, consécutif à une hernie étranglée. Double section intestinale et entérorrhaphie circulaire. Guérison. Le dernier a trait également à un anus contre nature, suite de hernie ombilicale chez une femme de 53 ans. Suture de l'intestin. Guérison.

M. LATOUCHE (d'Autun) envoie une observation de *fistule vésico-utérine traitée par la taille sus-pubienne.* (Rapporteur, M. Ricard).

Discussion sur l'appendicite.

M. BROCA appuie les remarques de MM. Brun et Jalaguier. L'entérocolite paraît constante.

M. BAZY rappelle que, dans la question de l'appendicite, il ne faut pas oublier le rôle joué par le cæcum, l'iléon et la valvule iléo-cæcale : ce qui prouve que la théorie de M. Dieulafoy doit être ramenée à des proportions plus modestes. M. Bazy cite à ce propos l'observation d'une malade présentant tous les

signes cliniques de l'appendicite. A l'opération, on trouva une perforation du cæcum, lésion nettement isolée de celles de l'appendice. Puisqu'il y a des cas d'ulcération du duodénum suivie de perforation, pourquoi le même phénomène ne se produirait-il pas au niveau de la région cæcale ?

M. Tuffier regarde les lésions inflammatoires de l'appendice comme tout à fait comparables à celles des autres canaux muqueux de l'économie : cholédoque, etc. Il distingue deux formes d'appendicite : les appendicites avec rétention et les appendicites sans rétention. Il lui paraît que la gangrène est une des caractéristiques des affections de cet organe, et que cette lésion est due à la présence de corps étrangers. Il y a, à côté des appendicites à répétition, des cas d'obstruction intestinale qui les simulent tout à fait.

M. Quénu distingue la pathogénie de la première attaque d'appendicite des poussées ultérieures. On a confondu, sous le nom d'appendicite vraie, une foule de lésions diverses. Dans quelques cas, les brides épiploïques jouent un véritable rôle. De même les ganglions périappendiculaires, qui peuvent devenir douloureux.

M. Reclus critique la théorie du vase clos de M. Dieulafoy et rappelle les recherches de M. Morin (de Clermont). M. Reclus a une théorie spéciale pour ces faits : c'est ce qu'il appelle la théorie de la *stagnation*. Normalement, le cæcum est une sorte de diverticule, quelque chose d'analogue à une fistule borgne interne. L'appendicite est l'aboutissant de trois sortes de lésions : 1° les affections locales : corps étrangers, etc.; 2° les inflammations de voisinage : entérocolite pseudo-membraneuse, fièvre typhoïde, etc., etc.; 3° les maladies générales (infection généralisée et portant surtout sur les tissus lymphoïdes, etc.).

Chirurgie du Poumon.

M. Quénu communique les conclusions d'expériences tentées sur le poumon de chiens avec l'aide de M. Longuet. Ces expériences ont été tentées pour trouver un procédé de production d'adhérences pleurales, permettant les interventions sur le poumon. Dans certains cas, les chiens meurent rapidement; peut-être cela tient-il à ce que les deux plèvres communiquent chez les animaux vieux, comme chez les vieux solipèdes. Dans tous les cas, de la dyspnée survient après les larges pleurotomies. Donc il faut tâcher, avant d'agir, de provoquer des adhérences à l'aide d'irritants, de l'ampuncture ou de la suture. M. Quénu, pour les provoquer, s'est servi d'abord de corps étrangers aseptiques, mais en vain. Il est vrai qu'il a toujours opéré très aseptiquement. L'acupuncture et l'ignipuncture sont de même insuffisantes. L'électrolyse, si séduisante, ne donne pas de résultat non plus. Les caustiques (méthode de Récamier), c'est-à-dire la teinture d'iode, le chlorure de zinc, etc., restent parfois parfaitement insuffisants et sont souvent dangereux, car, dans ces conditions, pour obtenir des adhérences, il faut ne pas être aseptique. Les moyens mécaniques (harpons, grandes aiguilles, etc.) donnent des résultats identiques, c'est-à-dire nuls. La suture de la plèvre pulmonaire faite *primitivement* n'est admissible que s'il existe des adhérences. La suture, dite *secondaire*, c'est-à-dire faite après ouverture de la plèvre, n'est pas beaucoup plus concluante. Chez le chien, en effet, la *costopneumopexie* fixe bien le poumon; mais malheureusement il ne se forme pas d'adhérences. — Il n'y a donc pas d'autre moyen d'appliquer le poumon contre la plèvre pariétale que d'obtenir une différence de pression entre l'air des bronches et l'air extérieur; mais une différence de quelques millimètres de mercure est suffisante pour rendre les interventions faciles. Et, ce qu'il y a d'intéressant dans les conclusions de ce travail, c'est l'emploi de l'air comprimé qui peut donner dans ces cas de bons résultats, soit à l'aide d'appareils analogues à ceux des scaphandriers, soit à l'aide du tubage de la glotte ou de la trachéotomie.

M. Ferraton présente un malade atteint de *mycose cervicale*. M. Faure montre une malade opérée pour *perforation de la vésicule biliaire*. Guérison. M. Beurnier présente un opéré de *plaie de l'abdomen par coup de revolver, laparotomisé trois heures après l'accident*. Guérison (1).

Marcel Baudouin.

(1) Ce fait plaide d'une façon remarquable en faveur de notre théorie de l'*Assistance chirurgicale instantanée*.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 10 décembre 1896.

M. Le Pilard communique un cas de *syphilis acquise chez un hérédo-syphilitique*. Il s'agit d'un jeune homme dont les parents étaient syphilitiques. Lui-même avait présenté des stigmates que l'on s'accorde à rattacher à l'hérédo-syphilis. Or, il a été pris l'année dernière d'une syphilis typique. Il faut donc admettre ou bien qu'un hérédo-syphilitique peut prendre la syphilis, ou bien que ces stigmates ne sont que des lésions parasyphilitiques comme dit M. Fournier et ne protègent pas contre l'infection syphilitique, ce que pense M. Le Pilard.

MM. Fournier et Sauvineau présentent une malade atteinte de *troubles oculaires d'origine hérédo-syphilitique*. Outre des lésions qu'il faut évidemment rattacher à la syphilis héréditaire, cette jeune fille présente une paralysie de la sixième paire et des lésions de chorio-rétinite avec taches pigmentées offrant l'aspect de la rétinite pigmentaire congénitale, ce qui confirmerait la théorie d'après laquelle cette dernière affection doit être attribuée à l'hérédo-syphilis.

MM. Charrier et Rénon présentent une malade atteinte de *syphilis tertiaire mutilante* de la peau et des os.

MM. Gastou et Chompert présentent trois malades atteints de *syphilis héréditaire tardive* avec dystrophies dentaires multiples. M. Chompert insiste sur la fréquence des anomalies de développement du bourgeon central chez les hérédo-syphilitiques, d'où résultent des malformations (bec de lièvre, chancre d'incisives ou incisives surnuméraires, etc.).

M. Doubs présente une jeune fille atteinte de *folliclis*.

M. Hermet présente un malade atteint d'une *ulcération phagédénique de l'oreille* de nature syphilitique.

M. Du Castel présente un malade atteint de *fibrolipomes symétriques*.

MM. Hallopeau et Bureau. — *Sur le traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de salicylate de mercure*. — Ces injections ont été faites suivant les règles fixés par Tarnowsky. C'est un des meilleurs moyens d'administrer le mercure. Ces injections sont très actives et méritent d'entrer dans la pratique de la syphilithérapie.

M. Feulard présente un enfant atteint de *chéloïdes survenus après l'application de teinture d'iode*.

M. Darrier. — *Sur les tuberculides cutanées*. — Les affections désignées sous les noms d'acné des cachectiques, d'acné scrofulosorum, des folliculites disséminées d'acnitis, de folliclis présentent entre elles de grandes analogies et forment un groupe naturel. Souvent même on observe sur le même sujet plusieurs de ces types morbides. Il y a aussi entre elles et la tuberculose une relation continue. On les trouve, en effet, souvent chez des tuberculeux ou bien coïncidant avec des tuberculoses de la peau. L'histologie n'a pourtant pas donné jusqu'ici de résultats sur la possibilité de cette relation qui paraît évidente en clinique. C'est pour elle que Darier propose le nom de tuberculides. A l'appui de sa thèse, il présente deux malades atteints l'un de folliclis et de tuberculose pulmonaire et l'autre d'acné cachectique avec caverne pulmonaire.

P. R.

Chaleur humide et antisepsie. — D'après M. le Dr Young, on peut donner plusieurs explications du fait que les solutions antiseptiques agissent plus activement à chaud qu'à froid. D'abord, il y a la règle générale par laquelle les réactions chimiques augmentent d'activité avec la température; d'autre part, une élévation modérée de température favorise l'activité du développement des bactéries et la rapidité avec laquelle les germes venimeux sont absorbés. Mais lorsqu'il s'agit de bactéries sans spores, ce qui est presque toujours le cas dans les questions générales de désinfection, la chaleur humide joue un rôle direct dans la destruction de la vitalité des bactéries, même lorsque la température reste modérée.

Association médicale britannique en 1897. — La soixante-cinquième session de l'Association médicale britannique aura lieu à Montréal du 31 août au 3 septembre 1897.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

I. — Traité d'électrothérapie oculaire; par M. le Dr Pansier (d'Avignon), 1896. — Maloine, édit., Paris.

I. — Evidemment, ce traité comble une lacune, et de la façon la plus heureuse, car ce précis est bien rédigé et bien présenté. Il a fourni au Dr Valude l'occasion et l'honneur d'une préface, qui nous montre qu'en fait d'électrothérapie oculaire les notions étaient des plus sommaires, au moins dans les traités classiques. Mais M. Valude augmente un peu trop le chiffre des « inconnues pour le lecteur ». Il semblerait que l'on doive ne tenir aucun compte des publications parues sur ce sujet et que pourtant la plupart des spécialistes connaissent. Mais ne cherchons point querelle au préfacier pour cette confession publique et hâtons-nous de dire que le travail d'ensemble du Dr Pansier est important, et qu'il est destiné à rendre de grands services aux ophtalmologistes, en vulgarisant et en précisant des notions d'électrothérapeutique oculaire. Dans la première partie, l'auteur fait l'historique de la question d'une manière très complète. Cet historique est plus riche en documents qu'on n'aurait pu le supposer. La seconde partie est consacrée à l'électrothérapeutique proprement dite. Ce sont d'abord les notions générales d'électricité médicale dont la technique est indispensable à connaître, puis l'état de nos connaissances en électrophysiologie oculairo, et, à ce propos, l'auteur compare les expériences qui ont été faites sur les nerfs oculaires avec les résultats obtenus par l'électrophysiologie. Vient ensuite l'énumération des affections oculaires qui sont justiciables de l'électricité. Dans la troisième partie, M. Pansier traite de la galvanocaustique chimique, de l'électrolyse. Nombreuses sont les affections qui ont été traitées par ces procédés. De même, dans beaucoup de cas on a eu recours au galvano-cautère. Enfin, la fin de l'ouvrage est consacrée à l'emploi de l'aimant pour le diagnostic du siège et de la présence des corps étrangers métalliques dans l'œil. Cet ouvrage est très intéressant et très complet. Il mérite une place honorable dans toutes les bibliothèques et mieux encore sur les tables de travail, car il a trait à la pratique journalière. Son utilité est donc incontestable. L'œuvre de M. Pansier est remplie de faits curieux, de documents intéressants et, sur ce point, nous no pouvons qu'associer nos éloges à ceux de M. Valude.

II. — Nouveaux éléments d'ophtalmologie; par MM. Truc et Valude, 1896. 2 vol, 149 fig et une planche en couleurs. — Maloine, édit, Paris.

C'est au tour de M. Valude d'être auteur. Il a publié, en collaboration avec M. Truc, un ouvrage important en deux volumes, intitulé : « *Nouveaux éléments d'ophtalmologie.* Les auteurs n'ont pas voulu écrire un livre didactique, mais un livre d'enseignement qui contient, en effet, d'après une méthode d'exposition nouvelle, toutes les connaissances relatives à la pratique ophtalmologique. Au début de l'ouvrage, historique intéressant, anatomie de l'œil, anatomie comparée, anthropologie. Dans l'autre chapitre se trouvent exposés la physiologie et l'appareil visuel, la dioptrique oculaire. Deuxième partie : description de l'instrumentation optique, technique de l'examen des malades et de l'exploration oculaire. Troisième partie : anomalies de l'œil et moyens d'y remédier. Quatrième partie : état normal et états pathologiques du fond de l'œil. Cinquième partie : résumé des notions nécessaires pour les travaux de laboratoire. Sixième partie : consacrée à l'étude de la pathologie générale, des anomalies congénitales, des blessures.

La septième partie inaugure le second volume ; elle est consacréo à la pathologie spéciale.

On y trouve la description des maladies de l'orbite, des muscles, de l'appareil lacrymal et des paupières, de la conjonctivite, de la sclérotique, de la cornée, du cristallin, de l'iris, de la choroide, du corps vitré, etc. L'ophtalmie sympathique, le glaucome, les maladies de la rétine, du nerf optique, les amblyopies, et les amauroses y sont traitées avec beaucoup de détails. Le chapitre XIX est consacré à l'étude de la répartition géographique des maladies oculaires, et le chapitre XX comprend l'étude de la pathologie comparée et vétérinaire. Dans la huitième partie, se trouve l'énumération complète de tout ce qui concerne la thérapeutique médicale. Dans la neuvième est l'exposé de l'instrumentation chirurgicale, de l'asepsie et de l'antisepsie. La dixième partie est consacrée aux *opérations spéciales* qui se pratiquent sur toutes les parties de l'appareil visuel. Elle comprend plusieurs chapitres, mais il est regrettable que les auteurs n'aient pas cru devoir lui donner plus d'ampleur. Le manuel opératoire est ce qui fait le plus défaut dans les livres classiques. Combien d'opérations demanderaient à être exposées avec détails et accompagnées de dessins? surtout celles qui se font sur les annexes de l'œil! L'*hygiène de l'œil* est traitée dans la onzième partie ; puis vient, dans les deux dernières l'exposé des questions de médecine légale et des notions qu'il est utile de connaître pour les différentes professions, l'armée, la marine, etc. On voit que les auteurs se sont attachés à ne laisser de côté aucun sujet, si minime qu'il soit. Ce traité aborde toutes les questions et donne l'*état actuel* de nos connaissances. Les recherches bibliographiques qu'il a dû nécessiter ont dû coûter aux auteurs beaucoup de travail et de peine, on ne peut que les féliciter d'avoir entrepris une œuvre aussi ardue et qui sort des plans ordinaires. Il y a des chapitres entièrement nouveaux qui méritent de fixer davantage l'attention. Ces soins scrupuleux avec lesquels cet ouvrage a été écrit, la netteté de ses plans, la clarté de l'exposition et la précision du style lui assureront un légitime succès auprès des spécialistes et de tous les médecins qui ne peuvent plus aujourd'hui se désintéresser de l'ophtalmologie.

III. — Atlas manuel d'ophtalmoscopie; par O. Haab. Edition française par MM. Terson et Guénod. 1896. 64 planches chromolithographiées et 13 figures dans le texte. — Baillière et fils, éditeurs, Paris.

III. — L'*Atlas manuel d'Ophtalmoscopie*, publié par M. Terson, se trouve justifié par la nécessité qui s'impose de plus en plus à l'étudiant et au médecin de posséder tous les procédés du diagnostic clinique. Cet atlas sera pour eux un vade-mecum, et il remplit ce but par la brièveté du texte et la commodité du format. Le Pr Haab a fourni ainsi les résultats d'une grande expérience. Toutes les planches en couleurs ont été exécutées d'après nature. Elles sont toutes très belles et très nettes, et reproduisent fidèlement les lésions observées. Le lecteur a ainsi sous les yeux un coup d'œil vivant pour ainsi dire, tant est parfaite l'exécution. Un atlas, de ce genre est, d'un grand secours pour le débutant ou le médecin peu familiarisé avec l'examen ophtalmoscopique, car après avoir plusieurs fois jeté les yeux sur le dessin, il fera plus aisément son diagnostic, le contrôle sera plus sûr. Au texte primitif, M. Terson, a ajouté une troisième partie concernant les *rapports de l'ophtalmoscopie et des maladies générales.* C'était dans le but d'attirer l'attention du lecteur sur les lésions ophtalmoscopiques des maladies générales. Quelques chapitres sont étudiés avec plus de développement, ce sont ceux qui intéressent le praticien : troubles graves après les hématémèses et les métrorrhagies, affections oculaires d'origine génitale. En somme ce livre sera d'une utilité incontestable, surtout à la veille du jour où l'ophtalmoscope deviendra d'un usage courant dans les services hospitaliers. C'est ainsi que M. Terson termine sa préface en saluant l'aurore d'une organisation nouvelle. Et sur ce point nous sommes complètement d'accord avec lui. Dans cette œuvre de vulgarisation l'auteur a droit à toutes les félicitations, et nous lui prédisons le plus grand succès dans tout le corps médical.

IV. — Eléments d'ophtalmologie journalière; par MM. Puech et Fromaget. — Société d'éditions scientifiques, Paris, 1896.

Cet opuscule est destiné aussi aux praticiens et aux étudiants. Les auteurs expliquent dans leur préface que leur but a été de réunir dans des chapitres sommaires et faciles à lire les indications les plus utiles pour le diagnostic et le traitement des affections oculaires les plus communes. Ils représentent chaque affection dans sos traits les plus généraux et les plus faciles à saisir, et ils indiquent le traitement que comporte les formules usuelles les plus éprouvées par l'expérience. Déjà, en analysant des ouvrages de ce genre, nous avons dit que le praticien

se trouverait toujours obligé de recourir à d'autres livres, si, sur la foi de ces manuels, il tentait d'entreprendre le traitement de certaines affections graves. Il faut en tout cas donner le conseil de s'abstenir de toute intervention chirurgicale. Mais il lui reste un rôle à remplir pour lequel la connaissance des petits manuels lui est utile. C'est établir un bon diagnostic, et faire appel d'une manière opportune au concours du spécialiste.

E. Kœnig.

BIBLIOGRAPHIE

De l'infection et de l'auto-intoxication. Discours de M. Salazar y Alegret à l'Académie de Médecine de Madrid. — Madrid, Velasco, 1896.

Pour l'auteur, les travaux de microbiologie ont trop absorbé au début les esprits sur *l'infection*; aujourd'hui les produits des sécrétions et fermentations développées par les microbes font attribuer beaucoup plus d'importance à *l'intoxication*, mais le fait que la plupart des germes pathogènes habitent à l'état normal l'intérieur du corps humain et le fait que celui-ci mis par les circonstances en état de réceptivité, permet à ses dépens à leur virulence d'entrer en jeu, doivent nous faire considérer surtout *l'auto-intoxication* comme le point médicalement important de l'infection. M. Salazar, pour appuyer sa proposition, prend l'exemple du seul tube digestif. Il passe une revue complète et extrêmement documentée de tous les micro-organismes pathogènes et autres qui ont été jusqu'à ce jour trouvés par les divers auteurs et étudiés par lui-même dans le tube digestif et surtout dans l'intestin, et montre le péril constant représenté par la richesse de la flore et de la faune de cette portion de l'appareil digestif à l'état normal. Il étudie ensuite rigoureusement les produits toxiques développés en tout temps par ces micro-organismes dans l'intestin : leucomaïnes neuriniques, créatiniques, xantiques, indéfinies, etc.; ptomaïnes cycliques, acycliques oxygénées, acycliques non oxygénées, etc.; les influences auxquelles sont soumises les opérations chimiques normales, chimiotaxie positive et négative. Enfin il constate que les travaux modernes viennent tout naturellement s'accorder avec la clinique séculaire pour montrer chaque jour davantage que *l'infection* médicalement envisagée se réduit avant tout à une *auto-intoxication*, que l'organisme est en danger perpétuel d'auto-intoxication par le fait du nombre énorme de poisons et de sources de poisons qu'il renferme et particulièrement dans l'appareil digestif. Du chef seul de cet organe, l'auteur distingue trois groupes d'auto-intoxications : 1° par exagération des processus normaux d'élaboration des toxines; 2° par déviation de ces processus, donnant naissance à des toxines nouvelles; 3° par altération des fonctions ou des organes chargés d'éliminer ou de transformer ces produits. Ces conditions sont provoquées par des agents extérieurs de toute espèce (surmenage, fatigue, froid, mauvaise hygiène, etc.), qui influencent diversement l'organisme et le mettent en outre en état d'infériorité générale. Il cite l'exemple de deux maladies épidémique et endémique du tube digestif, le choléra et la fièvre typhoïde, montrant le choix qu'elles font de sujets surmenés ou mis en état de réceptivité alors que leurs bacilles pathogènes (en des travaux cités) ont été trouvés aussi bien chez des sujets sains que chez des malades. Il faut donc se servir le plus possible des connaissances bactériologiques, mais ne pas manquer d'y associer la clinique plus qu'on ne le fait. De plus, il faut que la thérapeutique soit non seulement étiologique, mais aussi pathogénique, et ne pas oublier qu'il n'y a pas de maladies sans malades. Le laboratoire ne doit pas se séparer de l'hôpital.

F. Boissier.

Compte rendu et statistique de la clinique chirurgicale du Dr Fargas. — *Annuaire de la Clinique Fargas*. Barcelone, 1895.

L'auteur consacre un mémoire très détaillé aux très nombreux myomes utérins qu'il a traités. Après une description minutieuse de ses procédés opératoires et des modifications apportées pour chaque cas, il déclare donner la préférence à l'ablation par *morcellement* et établit la statistique de ses interventions. Depuis octobre 1894 jusqu'en avril 1895, sur 67 opérations il y a eu 53 guérisons et 14 décès, soit 20 % de décès. Ces 67 opérations se décomposent en 5 myotomies sans aucun décès, 7 hystérotomies dont un décès (myome multiple), et 55 hystérectomies dont 13 morts. D'autre part, depuis octobre 1892 jusqu'à décembre 1894 : sur 218 opérations de gynécologie par la voie vaginale, il a eu 215 guérisons et 3 décès. Sur 68 opérations par la voie abdominale, 61 guérisons et 7 décès. En chirurgie générale, sur 33 opérations dont plusieurs laparotomies, 33 guérisons. Au total 319 opérations et seulement 10 morts. M. Fargas insiste beaucoup sur les avantages du *morcellement* et sur l'innocuité relative des opérations par la voie vaginale quand l'asepsie est rigoureuse. La mortalité dans ce cas n'a été que de 1,35 %, encore les décès ne sont-ils survenus que dans des hystérectomies totales compliquées dont 30 ont été pratiquées sur le total indiqué; tandis que la mortalité pour la voie abdominale a été de 10,02 %.

Medical and surgical. Reports of the Presbyterian Hospital in the city of New-York. Vol. I, January, 1896. publié par les Drs Andrew J. Mc Cosh et Walter B. James.

Dans leur préface, les auteurs rappellent que le premier devoir d'un hôpital c'est de soigner les malades, et le second, de contribuer à l'avancement de nos connaissances sur la nature et le traitement des maladies. Ils remercient le Conseil d'administration de l'hôpital de les avoir mis, par sa générosité, en mesure d'entreprendre cette publication annuelle de leurs rapport. C'est d'ailleurs ce qui se fait dans la grande majorité des établissements hospitaliers aux États-Unis, en Angleterre, en Allemagne, etc. C'est ce que l'Administration de l'Assistance publique devrait réaliser pour 1900.

Voici le sommaire des travaux contenus dans ce premier volume : Chirurgie du système génito-urinaire, par Briddon ; — Cas de maladie dus à l'air comprimé chez les ouvriers travaillant au tunnel de East River, par A.-H. Smith; — Cas de méningite traumatique ; trépanation ; amélioration temporaire; large abcès du cerveau, par A. Mc Cosh ; — Infection tuberculeuse générale, avec tuberculose des testicules et dactylite tuberculeuse chez un enfant de 2 ans et demi (avec 3 planches), par F.-P. Kinnicutt; — Arthrite blennorrhagique, par M. P. Northrup ; — Deux cas de tétanie, par U.-B. James; — Tumeurs du cerveau, (avec 5 pl. représentant les lésions histologiques); par J.-S. Thacher ; — Cystotomie sus-pubienne, pour une hémorrhagie de la vessie, par Elliot ; — Deux cas d'amputation de la hanche (Nouvelle méthode), par Tilden-Brown (avec 6 figures) ; — Cas de grossesses extra-utérines, par A.-J. Mc Cosh ; — Appareil pour la respiration artificielle (une figure), par Northrup; — Corps étrangers de l'estomac, par Elliot; — Cas de mort subite avec tous les symptômes d'une hémorrhagie interne, inexpliquée par l'autopsie, par A.-H. Smith ; — Double ligature des *vasa deferentia*, par Tilden-Brown ; — Tumeur du rein (4 pl.), par G. Tuttle ; — Cas de cancer du cæcum, avec symptômes simulant ceux d'une appendicite aiguë ; excision, entérorraphie, par A.-J. Mc Cosh ; — Kyste intraligamenteux, par Elliot ; — Abcès sous-diaphragmatique simulant l'empyème, par Tilden-Brown ; — Photographie médicale, par Ch. W. Stevens ; — Calcul biliaire, cholédochotomie, suture, guérison, par Mc Cosh. ; Cas de fistule uréthro-rectale, fistule, par Tilden-Brown ; — Kyste coccygien, par Elliot ; — Cas de cystite et de pyélo-néphrite consécutive à une infection par le colibacille, par Tilden-Brown (avec figures) ; — Cas de dislocation sternale des deuxième et troisième cartilages costaux et de la clavicule avec fracture des quatrième et cinquième cartilages, pneumonie, péricardite, par Mc Cosh ; — Néo-formation intra-utérine (utérus septus) suivie d'avortement, avec 5 planches, par Schultze (H.).

Ce volume se termine par une statistique médicale et une statistique chirurgicale. Dans les opérations, on a eu recours à l'éther 29 fois, au chloroforme 89 fois, aux deux réunis, 15 fois, à la cocaïne, 7 fois.

Nous avons bien des fois émis le vœu que des rapports semblables soient publiés par les établissements hospitaliers de notre pays Malheureusement, il n'a pas été suivi jusqu'ici de réalisation. Tout ce que nous avons, ce sont de temps en temps des statistiques de leur service, avec commentaires plus ou moins brefs, faits par un nombre d'ailleurs restreint de chirurgiens. Tels sont entre autres les statistiques annuelles de M. le Pr Terrier que publie le *Progrès Médical*. Dr Wasp.

Société scientifique et station zoologique d'Arcachon. Travaux du laboratoire pour 1895 ; recueillis par MM. JOLYET et LALESQUE. — Paris, Doin, éditeur.

La Société d'Études scientifiques d'Arcachon, qui avait reçu une si vive impulsion du regretté Viallanes, continue à s'accroître sous la haute direction de M. Jolyet. Cette fondation, dans laquelle tous les éléments de travail d'une même ville sont réunies en une seule phalange, est du reste bien curieuse et bien particulière par elle-même et tout à fait différente des laboratoires maritimes, dirigés par un seul professeur et peuplés de ses seuls élèves. Cette communauté scientifique doit être forcément plus originale et plus variée ; et c'est, en effet, ce qui résulte de l'inspection des travaux parus en 1895. Nous nous bornerons à citer parmi ceux qui touchent de près aux questions médicales les mémoires de MM. LALESQUE et RIVIÈRE sur la prophylaxie expérimentale et la contagion dans la phtisie pulmonaire, sur l'analyse bactériologique de l'air et des eaux de la ville d'Arcachon, et une série de recherches physiologiques de M. Jolyet sur l'appareil électrique de la torpille. Souhaitons bonne chance à ce nouveau volume et attendons la suite d'une série, qui s'annonce si bien et qui constitue un si sérieux essai de décentralisation scientifique. A. P.

Bibliographia physiologica. — Recueil des travaux de physiologie de l'année 1895, classés d'après la classification décimale ; par M. Ch. RICHET, professeur de physiologie à la Faculté de Médecine de Paris. — Paris, Alcan, 1896.

On sait que le sympathique professeur de physiologie est un homme d'action ; il prêche d'exemple, comme pour la réforme de l'orthographe. Après s'être fait le promoteur en France, après notre ami, M. Marcel Baudouin, du système de classification décimale de M. Dewey, il publie un répertoire de bibliographie physiologique pour 1895, en nous annonçant son intention d'exécuter rétrospectivement le même travail pour 1894 et 1896. Il est clair que c'est là le moyen le plus pratique de faire apprécier la nouvelle classification ; aussi faut-il remercier M. Ch. Richet et ses collaborateurs, MM. Athanasiu, Carvallo, Contejean et Dupuy, de la tâche un peu ingrate qu'ils ont assumée pour la plus grande commodité de tous. A. P.

Maladies des pays chauds ; par B. SCHEUBE. — Iéna, 1896.

L'auteur divise son manuel en 5 parties : maladies générales infectieuses, intoxications, maladies dues à des parasites animaux, maladies des organes en particulier, affections externes. Il a particulièrement observé, au Japon, le béribéri, dont il distingue quatre types cliniques ; une forme atténuée, sorte d'esquisse de la maladie où tous les symptômes sont indiqués, mais peu accentués, et souvent la prédominance de l'un d'eux : une forme atrophique ou paralytique, une forme hydropique et une forme cardiaque ou pernicieuse. D'après Scheube, la maladie débuterait le plus généralement par des symptômes de catarrhe pulmonaire, intestinal, etc. L'auteur donne place dans son traité à des affections encore mal connues et peu décrites dans les traités français. 1° Une fièvre « Nasha » ou « Nakra », observée dans l'Inde par Fernandez, dont les accès, précédés de frissons, s'accompagnent d'une hypérémie du péritoine, sans hypersécrétion, de céphalée et de douleurs dans la nuque. Ces accès durent de 3 à 4 jours et peuvent se reproduire après un intervalle de 8 à 15 jours. 2° Un trouble psychique propre à la race malaise, l'Amok. Les paroxysmes en sont précédés par une période de stupeur, où les malades « couvent des projets de vengeance pour des injures réelles ou imaginaires ». Après 4 à 5 jours, généralement, survient une aura visuelle (vision de sang, d'animaux) puis le Malais saisit son kris et s'élance par les rues où il assomme les habitants sur son passage. Après l'accès, s'il ne s'est pas terminé par un suicide, il tombe dans un sommeil profond ou dans une sorte d'hébétude qui durent plusieurs jours. Heymann rattache l'affection à l'intoxication opiacée, Ales, à l'épilepsie, et van Brero à une prédisposition psychique spéciale, éveillée par une cause occasionnelle quelconque. E. B.

CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE EN 1897. — Le quinzième Congrès allemand de Médecine interne se tiendra à Berlin du 9 au 12 juin 1897. Voici les questions mises à l'ordre du jour : 1° *Rhumatisme articulaire chronique*, 2° *Epilepsie* ; 3° *Maladie de Basedow*.

VARIA

La Médecine et les Médecins au Théâtre en 1896 (*suite*) (1).

Notre collaborateur Marcel Baudouin, a consacré, la semaine dernière, un article à l'*Evasion*, que joue en ce moment la Comédie-Française, ou du moins aux côtés extra-médicaux de la pièce de M. Brieux, dont l'un des interprètes a eu le mauvais goût de se *faire la tête* du regretté Pr Charcot.

Ajoutons, pour être complets sur cet incident que, lors de la première représentation de l'*Evasion*, à laquelle n'assistait aucun membre de la famille du Dr Charcot, son fils, M. le Dr Jean Charcot était absent de Paris. Mis au courant de la question dès son retour, il s'est empressé de se rendre auprès de M. Jules Claretie, accompagné de son beau-frère, M. Edwards. Comme il n'y avait pas à rechercher dans le Dr Bertry, le fantoche mis en scène par M. Brieux, l'ombre d'un rapprochement, fut-il caricatural, avec le grand savant qui fut une de nos gloires nationales, MM. Jean Charcot et Edwards se sont bornés à demander à l'éminent directeur de la Comédie-Française de faire modifier radicalement la tête du Dr Bertry.

Très galamment, M. Claretie s'est empressé de leur donner satisfaction, et les nombreux et respectueux admirateurs de Charcot, qui iraient voir l'*Evasion* ne seront pas choqués désormais par la lugubre évocation physique d'un grand mort.

Odéon.

Des Français, retournons à l'Odéon, un instant oublié par suite du succès de l'*Evasion*. Ginisty, avec ou sans Antoine, — l'histoire n'éclaircira jamais cette question, — nous a donné, depuis octobre, deux pièces qui contenaient tant de « médecine » qu'elles en sont... mortes, en quelques jours, en plein Quartier Latin.

D'abord les *Yeux clos*, aimable idylle rimée de Michel Carré et F. Regnault, où un médecin a eu la naïveté de vouloir refaire ce que les dieux avaient défait, c'est-à-dire de rendre la vue à un aveugle. Il est vrai que c'était un médecin exerçant... au Japon. Mais cela ne lui a pas réussi davantage.

Le *Danger*, qui a été pourtant un désastre et qui est de M. Auguste Arnaud, doit être aussi mentionné, car il n'y est question que de malades, de drogues et de savants praticiens. C'est de la très fine psychologie. Aussi le grand public n'y a-t-il rien compris. Comme cela se passe dans le cabinet de consultation du Dr Boisset, il ne faut pas s'en étonner : la foule n'a pas une notion très exacte de ce qui se fait d'ordinaire dans ces cabinets... très particuliers. Le Dr Labelleuse, de l'*Evasion*, s'est chargé de lui dire en face. Tant qu'à Sarcey, qui est le *gros* public, — comme bien on pense, — il n'y a vu qu'un four, malgré ses lunettes. Pour nous, nous y avons appris, de M. Léon Noel (le Dr Boisset), la façon d'ausculter les malades à la mode antique, et, de l'auteur, la meilleure manière d'interroger les patients, qu'il s'agisse d'un neurasthénique morphinomane, M. de Morannes, ou d'une jeune fille très riche, Mlle Claire.

Par malheur, nous avons aussi découvert que les femmes de médecins pouvaient tromper leur époux tout comme celles des épiciers et cela avec un morphinomane, client du mari ! Payer son médecin pour une injection de morphine, et, quelques minutes après, lui souffler son épouse légitime, avouez que cela est trouvé, si ce n'est pas très consolant pour la profession médicale !

Comme vous le devinez, les femmes se déshabillent dans ce cabinet de consultation, car l'Olympia tient à descendre au Luxembourg. Et pourtant je dois à la vérité de reconnaître que le Dr Boisset s'y entend assez mal à dégrafer le corsage des jeunes filles. Trop province, ce confrère parisien : il manque de... boulevard. Aussi, malgré cette mise en scène, la pièce n'a-t-elle pas réussi. Il faudra, pour la reprise, trouver un confrère plus expérimenté que le Dr Boisset. Il y en a. Marcel BAUDOUIN.

P. S. — M. A. Cabanès, dans la *Chronique médicale*, a fait une très judicieuse remarque à propos de l'*Evasion*. Le principal personnage de la pièce, qui représente l'empêcheur de

(1) Voir *Progrès médical*, nos 50 et 51.

danser en rond pour les médecins, M. Bertry frère, est tenu sur la scène des Français par Paul Mounet, qui — coïncidence extraordinaire —, est lui un véritable docteur en médecine. Il a passé sa thèse le 7 août 1880. Elle a pour titre : *De la congestion pulmonaire alcoolique* et est dédiée à son frère, Jean Mouhet-Sully, de la Comédie-Française. M. P. Mounet, médecin qui a laissé sa robe de docteur et son diplôme au vestiaire, n'aime pas, paraît-il, qu'on lui rappelle ces débuts. Il a raison et nous sommes de son avis, tout comme M. Léon Daudet et bien d'autres. Il ne faut pas faire ce pour quoi l'on n'a aucune espèce de vocation.

Soyez plutôt maçon...

Malheureusement, beaucoup croient que, pour être médecin ou chirurgien, il suffit d'un parchemin. A l'heure actuelle, il faut surtout être... rentier. M. B.

Concours d'Externat.

Le *Concours de l'Externat* s'est terminé par les nominations suivantes, classées par ordre de mérite :

1. MM. Aguinet, Nau, Chevrier. Verbeck, Mlle Serard, MM. Cottu, Maubert, Daniel, Morand, Baumgartner.

11. Mesnil, Sauvage, Pedeprade, Esmonet, Guénard, Rathery, Bonneau, Ribadeau-Dumas, Couremenos, Tessier.

21. Jomier, Civatte, Tournemelle, Chastenet de Géry, Ambard, Autefage, Leven, Guibal, Gascheau, Mantoux.

31. Voisin, Mercadé, Tillaye, Guillot, Lenglet, Fontanié, Perpère, Nass, Renon, Brisky.

41. Nicaise, Pouliot, Fatout, Lutier, Monraisse, Nevrajski, Labiche, Bidault, Devé, Cresson.

51. Aviat, Vinsonneau, Lœvy, Jaccmet, Quillier, Laurens, Philippe, Ferry, Fouqué, Morin.

61. Theulet-Luzié, Sikora, Jeannet, Dupuy, Voillemin, Gaucher, Chevrey, Mousseaux, Lemierre, Mlle Medvednikoff.

71. Mlle Przeiszenski, MM. Weil (Emile), Dieu, Rigollot-Simonnet, Roques, Alquier, André, Collard, Bornait-Legueule, Labbé.

81. Liautaud, Beauvoir, Bouchez (Fl.), Chauveau, Bruandet, Granjon, Ducourneau, Onfray, Dreyfus (Rose), Berthier (A.).

91. Cruveilhier, Bourier, Claude, Jalaguier, Binet, Lamouroux, Gaillard (H.), Georget, Le Meignen, Celas.

101. François Daimville, Nollet, Royer, Lebhard, Mme Iscovescu, MM. Ferras, Petit (Maurice), Dessaigne, Bournisien de Valmont, Iribarne.

111. Gardner, Berthier (Paul), Bourlot, Ruillier, Chevé, François, Chazet, Chapon, Morely, Paisseau.

121. Lauvinerie, Bonnel, Le Lorier, Cartier, Bouchet, Lorier, Pied, Mallet (Joseph), Devaux, Janot.

131. Jouhaud, Mary, Roglet, Faure-Beaulieu, Barcat, Pochon, Pellagot, Sénéchal, Thomas (Louis). Landowski.

141. Gueniot, Gillot (Armand), Vialle, Percheron, Lorenzo, Delvincourt, Dobrovitch, Ripart, Battier, Mulon.

151. Rivier, Fassina, Boudin, Mme Douzeau, MM. Morisetti, Devez, Degorce (Armand), Fernique, Le Guern, Doazan.

161. Ménard, Rostaine, Petit-Jean, Leroy des Barres, Ladevèze, Hervoit, Champ, Caboche, Tourlet, Lacaille.

171. Rousseau, Gennat, Savignac, Stanculeanu, Arrivé, Sabareanu, Hauser, Lévy (Alfred), Aron, Bloch.

181. Cruet, Tibaudeau, Goulard, Leclerc, Decreuze, Leraître. Grosse, Logerot, Tixier, Horteloup.

191. Bigez, Dubar, Durey, Paon, Perreau, Desjardins, Froment, Ferrand, Gauchery, Pophillat.

201. Roger (René), Mignon, Lefer, Retournard, Bachmann, Moineau, Cerise, Grillot, Guillemet, Billard.

211. Jullian, Mainguy, Verliac, Tardif, Le Maguet, Loiselet, Slatineanu, Nicolaïdi, Simon, Poirier de Clisson.

221. Mlle Entz, MM. Trenaunauy, Lefiliâtre, Lacoste, Bussard, Philibert, Marclaud, Lévy (Albert), Gillet, Raoult.

231. Herscher, Cruchandeau, Soularue, Verdin, Guisez, Gurie, Gougis, Gros-Devaud, Bonnard, Warin.

241. Laignel-Lavastine, Ducatte, Périn (Jean), Follet, Garrigues (Albert), Brisard, Compoint, Lhermitte, Vacquerie, Soulard.

251. Roger Saint-Ange, Beaufumé, Bizard, Birman, Mlle Volovatz, MM. Guérault, Villaret (M.), Phellipon, Rabier, Plantard.

261. Mihiet, Bertrand, Poupault, Vaïas, Weil (Benj.), Tintrelin, Glatard, Malartic, Lejonne, Loubet.

271. Mlle Delporte, MM. Courchet, Colin, Cintepas, Michel (F.), Massard, Fildermann, Nicolas, Gérst, Daniel (A.).

281. Dommartin, Desbiez, Marchais, Tassin, Guedj Rahmin, Pigot, Picard, Algret, Provins, Guillemin.

291. Bournaret, Cugnin, Delfau, Raoux, Merklen, Mlle Ziegel, MM. Juy, Barlerin, Thouvenin, Chesneau.

301. Morisseau, Duvernoy, Cuissard, Lucius, Degrais, Guillaume (L.), Triau, Israels, Mlle Birfeld, MM. Lavergne.

311. Grelault, Hazard, Crosnier, Renoult, Papon, Jamais, Begue, Baranger, Pelicier, de Gorsse.

321. Lacroix, Blotin, Bouchot, Brun, Palle, Yodarnoff, Jarvis, Mignot, Saint-Cène, Violette.

331. Petit (Alp.), Maillard (G.), Legros, Métivier, Coustols, Matsoukis, Bachimont, Pasquier, Duflos, Bergeron.

341. Boisseau, Thomas (P.), Bonnet, Joseph, Saphary, de Rotschild, Rousseau, Ouvrier, de Léon, Saurain.

351. Desplats, Valette, Vaillant (E.), Spindler, Sichel-Dulong, Costes, Frumusanu, Figueira, Goudard, Letainturier de la Chapelle.

361. Mahoudeau, Simonescu, O'Followel, Duplay, Lecoconnier, Hauviller, Cazès, Phalip, Mieulet, Nigay.

371. Charlot, Bellin, Mlle Kermektchieff, MM. Piton, Descomps, Bochory, Lafond, Dennecé, Lehman, Lévy (Georges).

381. Chicotot, Michel (Fr.), Cailleux, Blum (G.), Mlle Debains, MM. Laisné, Legrand, Semeril, Pellizza, Burgaud.

391. Bluzat, Fabre, Gachet, Helie, Lafforgue, Ruais (Ad.), Seguin, Narbonne, Petit Jean, Bouzanquet.

401. Pascard, Courtois, Stahl, Bernard (Armand).

Alcoolisme chez les enfants.

M. Goriatchkine a cité, à la *Société de Pédiatrie* de Moscou, plusieurs cas comme exemples de l'abus de l'alcool chez les enfants. Nous en empruntons l'analyse à la *Gazette hebdomadaire* du 15 octobre.

« Dans un cas, il s'agit d'une fille de cinq ans à laquelle ses parents donnaient de l'alcool (cognac, malaga, etc.), quand elle n'avait pas encore un an. Actuellement, elle prend tous les jours deux petits verres à liqueur de vin très forts et une cuillerée à café de cognac. Elle boit du vin avec plaisir et devient très animée après, fait d'autant plus à noter que d'habitude l'enfant est apathique. L'appétit est toujours mauvais et n'est excité que par des boissons alcooliques. L'enfant est pâle, dort mal, a des sueurs nocturnes ; le foie et la rate sont augmentés de volume.

« Le second cas n'est pas moins caractéristique. Il s'agit d'un garçon de 12 ans entré à l'hôpital pour des nausées, vomissements, de la diarrhée, du tremblement dans les bras et les jambes. L'enfant est apprenti et, pour faire plaisirs aux ouvriers avec lesquels il travaille, il est obligé de boire du vin et de la bière avec les ouvriers de l'atelier. Le malade a déclaré qu'il lui était impossible de ne pas boire, et que le refus lui attirait des coups.

« Pour se rendre compte de l'extension de l'alcoolisme, M. Goriaschkine a interrogé à ce sujet les parents qui lui amenaient leurs enfants malades. Sur 1,671 enfants atteints d'affections différentes, 506 prenaient des alcools. Dans 273 cas, l'alcool était donné pendant un laps de temps assez considérable. »

L'habitude de donner des boissons alcooliques aux enfants, existe malheureusement aussi dans notre pays. L'histoire des enfants que nous recevons dans notre service de Bicêtre nous en fournit trop souvent la preuve. Dans un article intéressant publié par l'*Echo médical de Lyon* (p. 284), M. le Dr Baratier rappelle que « il existe dans la croyance du peuple, quel qu'il soit d'ailleurs, un principe d'erreur absolue et impossible à déraciner; ce principe consiste à croire religieusement que *le vin donne de la force et de la vigueur aux jeunes enfants!* C'est cette idée qui est la cause primordiale de tout le mal ; car, se basant sur sa teneur, la famille donne à boire à sa progéniture, dès l'âge le plus tendre, de l'alcool ou des produits similaires. »

A la fin de septembre nous avons vu, à la gare de Dol, les grands parents d'un enfant de 3 ans lui donner près d'un verre

de vin pur. A la remarque du danger d'une semblable pratique, il nous ont servi le faux axiome qui précède. On ne saurait donc trop encourager les instituteurs à faire, auprès de leurs élèves, une active propagande contre l'alcoolisme, en se servant des publications mises à leur disposition. B.

Troubles universitaires en Russie.

La manifestation organisée par les étudiants de Moscou, à l'occasion de la catastrophe du champ de Khodinsky, a été plus grave qu'on ne l'avait cru tout d'abord. La police et les troupes durent charger les manifestants. Pour les disperser, on opéra environ 1,500 arrestations. Une certaine agitation a régné parmi la jeunesse des écoles et parmi une nombreuse partie de la population moscovite. Cette manifestation se rattacherait à un mouvement parmi les étudiants de l'Université de Moscou, préparé depuis longtemps entre plusieurs Universités russes et alimenté par des comités révolutionnaires internationaux. On affirme que plus de cinquante étudiants ayant été trouvés en possession de pièces compromettantes seront jugés pour délit politique et qu'ils seraient exclus de l'Université de Moscou. Plus de cinq cents seront soumis à des arrêts plus ou moins prolongés. L'opinion publique accuse les autorités universitaires qui, prévenues, ont négligé de prendre des mesures préventives.

De nombreuses réunions d'étudiants ont eu lieu ces jours derniers, dans l'enceinte de l'Université de Saint-Pétersbourg, en vue de réclamer le retour au régime des anciens statuts universitaires. Restés d'abord calmes devant les représentants de M. Nikitine, recteur de l'Université, qui jouit de leurs sympathies, les étudiants se livrèrent à des manifestations bruyantes contre un inspecteur qui prenait les noms des jeunes gens présents. Ils se portèrent même sur lui à des voies de fait qui motivèrent un certain nombre d'arrestations.

Le mouvement des étudiants ne s'est pas localisé à l'Université de Moscou. Les nouvelles des provinces annoncent, en effet, que des mouvements semblables à celui de Moscou se sont produits parmi les étudiants d'autres villes universitaires, notamment à Kiev et à Sharkov. Les proclamations que l'on découvre chez les étudiants ont un caractère de propagande socialiste, et on assure que la police secrète a mis la main sur une organisation très complète. D'ores et déjà cependant plusieurs centaines d'étudiants se trouveront dans l'impossibilité de continuer leurs études. Nous les retrouverons sous peu en France.

Aujourd'hui, les troubles qui avaient éclaté parmi les étudiants de l'Université de Moscou sont complètement terminés. Tous les étudiants, qui avaient été arrêtés, ont été remis en liberté ; cependant, 26 d'entre eux ont dû être expulsés de l'Université.

L'Hygiène de la rue et le Pavage en bois.

Les inconvénients du pavage en bois, qu'on a commencé à signaler il y a longtemps, s'affirment avec une régularité qui commence à inquiéter les hygiénistes. Tout récemment, les odeurs provoquées par la boue qui provient de la mixture de la glaise, dont on se sert pour remédier à la dilatation des revêtements en bois, avec l'urine et les autres matières organiques qui s'y accumulent, étaient tellement malsaines et nauséabondes que l'Administration s'est décidée, dans plusieurs cas, à remplacer cette glaise impure par du ciment. Ces réparations ont déterminé des maladies chez les ouvriers qui en étaient chargés.

L'Administration s'est d'abord préoccupée de désinfecter les stations d'omnibus où le pavage en bois était employé et où les fréquents arrêts des chevaux contribuaient à augmenter encore le foyer d'infection. Elle a employé la *créoline*, remède aussi coûteux qu'inefficace, car la créoline n'est qu'un désodorant à qui personne n'a reconnu la faculté, indispensable dans la circonstance, de détruire les microbes. Or, dans un pavage en bois, les microbes se multiplient avec une effrayante rapidité. On en jugera par un exemple : M. le Dr Miguel, dont l'autorité dans ces matières est indiscutable, a analysé un gramme de sciure d'un pavé neuf, en pitch pin, premier choix, pris à la surface, et il y a trouvé 17,000 bactéries. Après quelque temps d'usage, les microbes se sont si prodigieusement développés que deux savants lyonnais, MM. Rodet et Nicolas, en indiquent 50,000 par gramme de sciure, à 5 centimètres du sol.

Le pavage en bois a profité d'un engouement que n'expliquent pas ses services si bornés et si coûteux, mais, puisque dans les séances du Conseil municipal de Paris, dans les articles des journaux spéciaux, et surtout dans les rapports des techniciens, il apparait comme le repaire de légions de microbes. Peut-être est-il encore temps pour faire disparaître cette plaie vivante qui grouille sous nos pieds jusqu'à l'heure où elle se développera dans l'organisme des riverains et des passants. Les Américains, qui sont plus résolument pratiques que nous, n'ont pas été longtemps dupes d'une expérience qui coûtera si cher à notre voirie, et, chez eux, le pavage en bois est remplacé depuis plus de vingt ans par le pavage à l'aide de blocs d'asphalte dont, entre autres supériorités dûment constatées, l'imperméabilité complète assure l'hygiène de la rue.

La morale sexuelle des ménages modernes.

Ceci n'est point un conte à plaisir inventé. Un monsieur exhibe à son médecin un chancre syphilitique dans le sillon balano-préputial. — C'est bien, dit le spécialiste, nous allons vous guérir cet accident en deux semaines. — Non, ce n'est pas bien, reprend l'autre, car je me marie après-demain. — Vous ne le ferez pas, malheureux! vous contaminerez sûrement votre femme. — Je le ferai ; ma position, ma fortune dépendent de ce mariage ; indiquez-moi seulement le moyen d'éviter la contamination. — N'ayez point de rapports avec votre femme. — Impossible, c'est une Parisienne ! — J'affirme que *vous ne devez pas vous marier*... — Bah ! je mettrai un condom.

Quelques jours après. — Docteur, tout s'est bien passé. J'ai dit à Madame, qui aurait pu s'apercevoir de ma cuirasse locale : « Ma chère amie, quand on va dans le monde on met des gants aux mains ; quand on rend ses devoirs à son épouse il est respectueux de ganter l'organe qui va agir. » Elle a compris ma délicatesse, et c'est ainsi ganté que tous les jours je remplis mon devoir. — Puisque, malgré mes avis, vous vous êtes marié, continuez vos mesures de précaution, même après la cicatrisation du chancre, car il faut éviter le coït fécondant *pendant trois ans*. — C'est bien, docteur. Je suivrai toutes vos prescriptions.

Quelques mois après.— Docteur, je continue à être prudent. C'est ma femme elle-même qui met le préservatif à ma portée. Quand, un peu las, le soir, j'oublie mon devoir, Madame me dit tout bas : « Mon ami, ton gant est sur la table de nuit. »

Trois ans après. — « Docteur, je n'ai pas eu d'accidents syphilitiques depuis un an. Me rappelant la date que vous m'avez fixée, j'ai dit hier à ma femme : « Bah ! nous sommes maintenant d'anciennes connaissances ; laissons de côté les cérémonies : je ne mets point de gant ! »

Un an après. — Docteur, j'ai le plaisir de vous annoncer la naissance de ma fille... La mère et l'enfant se portent bien (*Lyon médical*).

Un nouveau moyen thérapeutique de l'aliénation mentale : le journalisme.

Dans plusieurs asiles d'aliénés, en Angleterre, on a eu paraît-il, l'idée originale de faire faire un journal par les fous eux-mêmes. On raconte que çà leur fait du bien. Et certains médecins assurent qu'ils doivent aux élucubrations des aliénés de précieuses révélations, leur permettant de mieux diriger les ressources de leur art pour essayer de les guérir. Ainsi, un maniaque refusait obstinément de manger. On le convia à écrire et on apprit ainsi que s'il persistait à ne prendre aucune nourriture, pour des raisons qu'il avait jusque là cachées, c'est qu'il se considérait comme un fantôme, un squelette ambulant. « Je désire, écrivit ce pauvre être dont on n'avait pu encore deviner la marotte, qu'on m'enterre le plus vite possible, car il y a déjà trop longtemps que je promène dans les salles de cette maison mon corps mort et putréfié... » On le soigna, dès lors, en conséquence.

Dans un de ces journaux de lunatiques, bien nommé *The New Moon* (la nouvelle lune), un journal anglais a relevé des annonces extraordinaires. Ainsi un fou écrit : « Pour un trône, qu'il serait indiscret de nommer en ce moment, on demande un empereur ou un roi, bien au courant des affaires. Il est inutile que le czar de Russie réponde à cette annonce. » Pourvu qu'en lisant ces lignes, le lecteur n'aille pas s'écrier que tous les journalistes aliénés ne se trouvent pas dans la maison des fous ! !

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. Lefèvre, médecin de 2e classe des colonies qui a pris part aux travaux de délimitation de la frontière avec la Chine, et de la commission franco-anglaise du haut Mékong, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur

Enseignement médical libre.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles. — M. le Dr Baratoux, clinique, 33, rue Saint-André-des-Arts, samedis et mardis, à 4 heures.

Maladies des yeux. — M. le Dr Vignes, à sa clinique, 18, rue Dauphine, les mardis et samedis, à 2 heures.

Histologie. — M. le Dr G. Dubar, préparateur au laboratoire des cliniques de la Charité, professeur libre d'histologie, d'anatomie pathologique et de bactériologie, fait dans son laboratoire l'examen microscopique et bactériologique des urines, des crachats, de tous les liquides pathologiques, des tumeurs et des tissus malades. S'adresser 4, rue Antoine-Dubois, près la Faculté de Médecine.

FORMULES

—

Traitement de l'asthme.

A. *Au moment des accès.* — 1° Faire brûler dans une assiette une cuillerée à café de la poudre suivante :

Nitrate de potasse.	3 grammes.
Poudre de feuilles de datura . .	âà 5 —
— — belladone .	
— — jusquiame .	

En fumigation.

2° Prendre deux ou trois fois, à une demi-heure d'intervalle, la potion suivante :

Teinture de lobélie	1 gramme.
Sirop de morphine.	30 —
Eau de laurier cerise.	10 —
Eau de laitue	90 —

B. *En dehors des accès.*— Donner de 2 à 4 cuillerées par jour de la potion suivante :

Iodure de potassium	5 grammes.
Eau distillée.	5 —
Sirop d'opium	50 —
Sirop d'écorces d'oranges amères. .	140

Pilules d'iodure de potassium.

Iodure potassium.	10 grammes.
Sucre de lait	5
Lanoline.	5 —

P. F. 50 pilules.

Prendre ces pilules au moment des repas. Dose : 6 à 10 par jour suivant les cas. (*Presse médicale*).

Traitement de la néphrite. — M. S. Pulvirenti.

Ergotine	5 à 7 gr. 50 centigr.
Acide gallique	8 grammes.
Extrait et poudre de ratanhia . .	Q. S.

Mêlez et divisez en vingt pilules — A prendre : Quatre pilules par jour.

Dans les cas où la forme pilulaire ne convient pas, on fera usage d'une mixture ainsi composée :

Ergotine	2 à 3 grammes.
Acide gallique	4 grammes.
Mucilage de gomme arabique. . .	200 —
Saccharine.	0 gr. 15 centigr.

F. S. A. — A prendre : une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Mixture antiasthmatique. — M. Clymer

Teinture d'opium	4 grammes.
Ether sulfurique.	8 —

Mêlez. — Prendre [illegible] gouttes de cette mixture toutes les demi-heures, jusqu'à ce que la crise se soit suffisamment amendée.

Poudre composée contre l'hyperchlorhydrie gastrique.
M. Alt.

Codéine.	0 gr. [illegible] centigr.
Bicarbonate de soude. . . .	[illegible]0 grammes.

Mêlez. — A prendre : trois à cinq fois par jour, une demi-cuillerée à café de cette poudre dans un peu d'eau, une demi-heure après avoir mangé.

Potion contre la méningite tuberculeuse et la tuberculose pulmonaire aiguë chez les enfants. — M. E. Luton.

Acétate de cuivre.	0 gr. 10 centigr.
Julep gommeux.	100 grammes.

F. S. A. — Faire prendre deux cuillerées à café de cette potion par jour (pour un enfant de 3 ans 1/2). (*Sem. méd.*).

NOUVELLES

—

Natalité a Paris. — Du dimanche 6 déc. au samedi 12 déc. 1896, les naissances ont été au nombre de 1 150, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 425 ; illégitimes, 171, Total, 596. — *Sexe féminin* : légitimes, 392 ; illégitimes, 162. Total, 554.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 6 déc. au samedi 12 déc. 1896, les décès ont été au nombre de 945, savoir : 487 hommes et 458 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 0, F. 2, T. 2. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 6, F. 0, T. 6. — Scarlatine : M. 0, F. 2, T. 2. — Coqueluche : M. 3, F. 2, T. 5. — Diphtérie, Croup : M. 4, F. 2, T. 6. — Grippe : M. 2, F. 1, T. 3. — Phtisie pulmonaire : M. 106, F. 90, T. 196. — Méningite tuberculeuse : M. 7, F. 10, T. 17. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 10, T. 18. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 3, T. 5. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 28, T. 44. — Méningite simple : M. 13, F. 11, T. 24. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 28, F. 21, T. 49, — Paralysie, M. 4, F. 7, T. 11. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 5, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 31, F. 25, T. 56. — Bronchite aiguë : M. 22, F. 11, T. 33. — Bronchite chronique : M. 15, F. 10, T. 25. — Broncho-pneumonie : M. 25, F. 22, T. 47. — Pneumonie : M. 26, F. 25, T. 51. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 20, F. 29, T. 49. — Gastro-entérite, biberon : M. 6, F. 11, T. 17. — Gastro-entérite, sein : M. 2, F. 4, T. 6. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 0, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 15, F. 13, T. 28. — Sénilité : M. 14, F. 21, T. 35. — Suicides : M. 15, F. 5, T. 20. — Autres morts violentes : M. 9, F. 5, T. 14. — Autres causes de mort : M. 80, F. 74, T. 154. — Causes restées inconnues : M. 1, F. 2, T. 3.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 124, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 50, illégitimes, 15. Total : 65 — *Sexe féminin* : légitimes, 31, illégitimes, 28. Total : 59.

Faculté des Sciences de Paris. — M. Paul Carnot, préparateur du laboratoire de M. Bouchard à la Faculté de médecine, soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, le 26 décembre prochain, à neuf heures, une thèse de doctorat ès-sciences naturelles sur le sujet suivant : *Recherches sur le mécanisme de la pigmentation.* M. Paul Carnot est le fils de M. Adolphe Carnot, membre de l'Institut.

École de médecine d'Alger. — M. le Dr Labbé est institué suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale.

École de médecine d'Amiens. — M. Dheilly, professeur de pathologie médicale, est nommé professeur de physiologie. — M. Trépant, docteur en médecine, est nommé professeur de pathologie médicale, en remplacement de M. Dheilly. — M. Bax, ancien suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé d'un cours d'hygiène et de thérapeutique. — M. Decamps, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé d'un cours de clinique médicale, pendant la durée du congé de M. le Pr Mollien. — M. Fournier, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé d'un cours de clinique obstétricale. — M. Moynier (de Villepoix), docteur ès sciences suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé d'un cours de physiologie.

Service de Santé militaire. — *Réorganisation.* — A la Chambre des Députés, dans une des dernières séances, M. Dron a demandé la réorganisation du service de santé militaire. Il estime avec raison que ce service compte trop peu de médecins et de chirurgiens pour être à la hauteur du rôle qui lui incombe : ce qui d'ailleurs n'a pas empêché des protestations de se produire sur divers bancs. Nous n'avons que 1.267 médecins militaires, tandis que l'Allemagne en a plus de 2.000 ; dans les hopitaux militaires, la garde, qui était assurée autrefois par les médecins militaires, ne l'est plus en fait que par des infirmiers. Le Comte de Lanjuinais croit, au contraire, que le corps de santé militaire en activité de service pourrait être restreint. En cas de mobilisation, en effet le ministre de la guerre aurait à sa disposition tous les médecins nécessaires. Le Ministre de la Guerre a répondu que si des réformes étaient jugées nécessaires par l'autorité militaire dans le corps de santé, il n'hésiterait pas à les effectuer. Comme l'a dit M. de Lanjuinais, on trouverait d'ailleurs en cas de mobilisation, dans la réserve et dans la territoriale, les médecins nécessaires pour compléter le corps de santé militaire. — Le Ministre a oublié d'ajouter que beaucoup d'entr'eux seraient peut-être au-dessous de leurs

fonctions, en ce qui concerne leur valeur *administrative*, sinon *technique*.

Élèves en pharmacie militaire. — A la suite du concours ouvert le 9 novembre 1896, les étudiants en pharmacie dont les noms suivent, ont été nommés élèves en pharmacie du service de santé militaire, savoir: 1° *Elèves sans inscription* : MM. Lecomte (Octave-Ester), Comte (Marie-Louis-Adrien-Pierre), Buftin (Jean-Baptiste-Eugène), Pastureau (Pierre-Germain), Varenne (Léon-Paul-Camille); 2° *Elèves à huit inscriptions* : MM. Berthou (Antonin-Fernand-Edmond), Verdier (Eugène), Malmejac (Jean-Marie-François).

Médecins-inspecteurs. — La solde de résidence libre du médecin-inspecteur de première classe du corps de santé des colonies est fixée à 12.013 fr. 20, et celle du médecin inspecteur de deuxième classe du même corps à 10,004 fr. 40.

Service de Santé de la Marine. — Le projet du budget pour 1897 comporte la création des emplois suivants : 1° Un directeur du service de santé, qui sera placé à la tête de l'Ecole de Bordeaux, ce qui est rendu indispensable par l'importance de cet établissement; 2° quatre médecins principaux, afin d'assurer au corps un avancement plus régulier et en rapport avec celui des autres corps de la marine. La direction supérieure de l'Ecole de santé, qui forme à la fois les médecins de la marine et ceux des colonies, met en jeu d'assez lourdes responsabilités pour que le titulaire soit investi du grade élevé de directeur. La dépense sera d'ailleurs atténuée par la suppression d'un emploi de médecin en chef, de sorte que l'augmentation ne dépassera pas 3,000 fr. environ.

Nomination. — Réserve. A été promu au grade de médecin principal, M. le Dr Palmade, médecin principal de la marine, en retraite.

Facultés de Médecine. — *Bourses de Doctorat de troisième année.* — Sont admis à concourir les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire. L'épreuve consiste: 1° En une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie); 2° En une composition d'histologie.

Conseil de l'Université de Paris. — La dernière séance de l'année du conseil de l'Université de Paris a été tenue cette semaine, sous la présidence de M. Gréard, vice-recteur. M. Gréard a rappelé le décès de M. Straus, professeur à la Faculté de Médecine, et annoncé que, conformément au vote du conseil, les chaires ci-après désignées étaient déclarées vacantes : pathologie interne à la Faculté de Médecine; mécanique physique et expérimentale à la Faculté des Sciences.

La Ligue nationale contre l'Alcoolisme (bureau pour 1897). — Président, Dr A. Motet; vice-présidents, Drs Bouchereau, Cheysson, Glandaz, Vandendorpel; secrétaire général, Dr E. Philbert; secrétaires généraux adjoints, Drs Auvigé, Moreau-de-Tours; secrétaire des séances, Drs Carro et Roubinowitch; bibliothécaire-archiviste, Dr Cruet; trésorier, M. Bartaumieux.

Hommage a Pasteur. — C'est le 26 décembre que le corps de Pasteur sera transféré de Notre-Dame à l'institut Pasteur. Voici le programme de la cérémonie qui aura lieu ce jour-là. A huit heures trois quarts du matin, messe à Notre-Dame. Après l'office, le corps sera conduit à l'institut Pasteur dans un fourgon, accompagné par l'archiprêtre et la famille. Le cortège, à son arrivée rue Dutot, sera reçu par le conseil et les directeurs de l'institut Pasteur. Le cercueil, suivi des invités — personnages officiels, confrères et collègues de Pasteur dans les Académies et sociétés savantes — qui se seront réunis dans la salle de la Bibliothèque, sera alors transporté dans la crypte, en passant par les galeries du premier étage et du rez-de-chaussée. Il sera immédiatement placé dans le sarcophage. L'archiprêtre donnera l'absoute, puis M. J.-B. Pasteur, s'adressant à M. Joseph Bertrand, président du conseil de l'institut Pasteur, et à M. Duclaux, directeur, leur fera la remise du tombeau élevé, d'après les termes d'une inscription de ce monument, « par la piété de sa veuve et de ses enfants. » Plusieurs discours très brefs seront prononcés. L'Angleterre envoie quatre délégués. Les assistants défileront ensuite dans l'intérieur du monument, devant le sarcophage. Pour l'après-midi, des invitations seront adressées aux amis de l'illustre savant, aux personnes en relation avec sa famille, ainsi qu'aux membres du comité de patronage constitué pour élever à Pasteur un monument à Paris. Les sommes réunies jusqu'à présent atteignent 215,000 francs. Le lendemain 27 décembre, jour anniversaire de la naissance de Pasteur, le public sera admis à visiter la crypte de dix heures à quatre heures.

Hommage a M. le Dr Jules Simon. — Les amis et les élèves du Dr Jules Simon, à l'occasion de sa retraite des hôpitaux, se réunissent en un banquet le jeudi 14 janvier 1897, à 7 heures 1/2, à l'hôtel Continental. Cotisation 20 fr. — Adresser les adhésions au Dr Carron de la Carrière, 4, rue du Cirque, à MM. Paul Boncour et Canuet, internes à l'hôpital des Enfants-Malades.

Congrès pour la Repopulation. — Le Congrès « pour protéger et accroître la population » a poursuivi à la mairie de la rue Drouot, le cours de ses travaux cette semaine. Ses membres ont discuté lundi dernier, sous la présidence de M. le Dr Dumontpallier, membre de l'Académie de Médecine, sur les mesures propres à accroître la natalité, et mardi, sous la présidence de M. Frédéric Passy, membre de l'Institut, sur la protection de la maternité.

Distinctions honorifiques. — L'empereur Nicolas II vient de conférer à MM. les Drs Bordas, sous-directeur du Laboratoire, et Bertillon, directeur du service anthropométrique, la croix de commandeur de l'ordre de Saint-Stanislas, et à notre collaborateur M. le Dr Marie, la croix de chevalier de Sainte-Anne. On sait que le gouvernement Russe a créé à Ekaterinoslow une colonie familiale semblable à celle organisée à Dun par M. Marie. Les brevets ont été expédiés de Darmstadt et remis par M. Crozier, directeur du protocole.— M. le Dr A.-J. Martin, inspecteur-général de l'assainissement et directeur des étuves municipales de Paris, vient de recevoir une médaille d'or de première classe.

Le Service sanitaire de nuit a Paris. — Au nom de la cinquième commission du budget du Conseil municipal de Paris, M. Gilbert a déposé le rapport sur les recettes du service médical et pharmaceutique de nuit. Les remboursements atteignent à peine 4 000 francs, tandis que les dépenses (visites à 10 francs et bons pharmaceutiques à 3 fr. 50 en moyenne) s'élèvent à plus de 145.000 fr. La commission a proposé comme remède à cette situation, de faire recouvrer les frais de visite et de pharmacie par les receveurs des contributions et de faire faire les visites de nuit par les médecins du bureau de bienfaisance, moyennant une indemnité fixe; il en résulterait une grande économie.

Hôpitaux de Paris. — *Le Président de la République à l'Hospice des Incurables.* — Le président de la République a visité la semaine dernière l'hospice des Incurables d'Ivry. M. le Ministre de l'Intérieur accompagnait M. Félix Faure. Parti à une heure et demie de l'Elysée, le président de la République est arrivé, à deux heures vingt, à Ivry, où l'ont reçu MM. Pierre Baudin, président du Conseil municipal de Paris, Paul Strauss, président de la commission municipale de l'Assistance publique, Peyron, directeur, et Deroin, secrétaire général de l'Assistance publique, Lévêque, conseiller général de l'arrondissement, le directeur et le personnel médical de l'arrondissement hospitalier.

Mutations. — La mort inopinée du professeur Straus a amené un mouvement supplémentaire de mutation dans les hôpitaux de Paris : M. Gingeot ira à l'Hôtel-Dieu; M. Barié à Laënnec; M. Béclère à Tenon; M. Thoinot à Dehrousse, et M. Ménétrier à la Maison municipale de santé.

Hôpitaux de Lille. — *Le Concours de l'Internat* des hôpitaux de Lille s'est terminé par les nominations suivantes : *Internes* : MM. Mouton, Rairat, Dubois et Julien. — *Internes provisoires* : MM. Dransart, Chatelin et Lemaire.

Troubles universitaires a Rome. — Quelque tumulte a eu lieu récemment à l'Université de Rome. De jeunes étudiants ont voulu faire la commémoration de leur ancien condisciple Oberdank qui fut, on s'en souvient, condamné et exécuté en Autriche pour complot contre l'empereur François-Joseph. Le portier de l'Université ne voulait pas permettre aux jeunes gens de faire leur manifestation; de là un vacarme endiablé et un échange de coups de canne. On a prononcé quand même un ou deux discours devant la table en marbre qui rappelle la mémoire d'Oberdank; et sur la table on a déposé une couronne aux rubans rouges. Après quoi, les manifestants se sont dispersés.

Station climatérique de Leysin (Lausanne, Suisse). — Le conseil d'administration du sanatorium de Feydey-sur-Leysin à la suite du décès si regrettable de M. le Dr Burnier, vient d'appeler au poste de médecin-directeur de ses établissements, M. le Dr Th. Exchaquet, médecin du grand hôtel des Salines de Bex, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Le Conseil d'administration ne pouvait faire un meilleur choix; nous adressons nos félicitations à notre ami et ancien collaborateur

La Santé publique au Sénat. — La commission de la protection de la santé publique du Sénat, présidée par M. Berthelot, a entendu M. Barthou, ministre de l'Intérieur. Celui-ci doit s'entendre avec son collègue des Finances pour la dépense à faire et ensuite se présenter devant la commission des finances du Sénat.

Une Centenaire. — Une centenaire, Mme Gilberte Combaret, veuve Souchet, vient de mourir, à Droiturier (Allier), à l'âge de cent ans. Elle s'était mariée à dix-neuf ans et comptait actuellement 76 descendants. Elle a conservé, presque jusqu'à sa mort, toutes ses facultés.

Les Rayons de Rœntgen et la Cécité. — D'après le *New-York Herald*, M. Edison est persuadé qu'avec les rayons Rœntgen il sera possible de rendre la vue aux aveugles, même à ceux qui ont perdu les yeux (!) pourvu, que le nerf optique n'ait pas été atteint de névrite. Les expériences qu'il a faites sur deux aveugles semblent avoir donné des résultats. On dit que ce qui empêche de voir ces rayons, c'est le cristallin. A la publication de cette nouvelle, un riche New-Yorkais, M. Rouss, possesseur de cinquante millions de francs, mais atteint d'une cécité complète, a offert à M. Edison ou à tout savant qui pourra lui rendre la vue de lui payer une somme de cinq millions de francs. M. Edison va entreprendre cette cure, dit le *New-York Herald*. Le célèbre inventeur, le « sorcier », comme on l'appelle aux Etats-Unis, a été interviewé par le correspondant du *Daily Telegraph* de Londres. M. Edison est indigné des nouvelles absurdes qui lui attribuent la prétention de rendre la vue à tous les aveugles, même à ceux qui ont perdu les yeux (!) Il a simplement commencé sur deux individus atteint de cécité, des expériences d'ailleurs restées jusqu'ici sans résultats. Ces expériences lui ont été suggérées par la nouvelle récente que les rayons X avaient été employés avec succès dans le cas d'un aveugle en Californie. Il croit que, le nerf optique étant intact, les aveugles peuvent recevoir des impressions lumineuses ; mais ce n'est encore qu'une hypothèse, et M Edison a fait remarquer d'ailleurs qu'il n'était pas un savant, mais un inventeur, qui a l'intuition que les rayons Rœntgen se prêtent à une foule d'applications merveilleuses.

L'Assistance médicale gratuite. — Relativement à l'exécution de la loi sur l'assistance médicale gratuite, les comptes financiers fournis pour l'année 1895 accusent le fonctionnement normal de ce service dans 38 départements, son fonctionnement partiel ou incomplet dans 25 départements. Restent 23 départements dans lesquels ce service ou n'a pas fonctionné en 1895 ou a fonctionné d'une façon irrégulière. En 1896, le service parait fonctionner plus ou moins complètement dans tous les départements, sauf trois ou quatre. Un de ces derniers, l'Aveyron, s'est déjà mis en règle pour 1897; deux autres, le Morbihan et le Rhône, viennent d'adopter une réglementation qui leur permettra d'avoir, l'année prochaine, un commencement d'application de la loi. Par contre, un département, la Mayenne, a refusé de renouveler pour 1897, le crédit sur lequel le service fonctionne actuellement. Enfin, pour ce qui touche les résultats pratiques de la loi, des renseignements ont été demandés aux préfets au mois de juin dernier, en vue de pouvoir renseigner le Parlement sur les résultats administratifs et sociaux de la loi, aussi bien que sur ses conséquences financières.

La Blessure de l'amiral Nelson. — La balle tirée sur l'amiral Nelson par le fusilier provençal, Robert Guillemard, fut jadis offerte, placée dans une boite de cristal, enrichie de filets d'or, au chirurgien Betty, qui l'avait extraite du corps de Nelson, et les vêtements bleus, le gilet blanc, les rubans et les décorations de l'amiral, sont encore tachés du sang, qui apparait sur le drap et la soie, comme une rouille rosée, sous une vitrine, au musée de Greenwich.

La Coéducation des sexes et les Études scientifiques en Suisse. — Dans le domaine de l'enseignement, la plupart des cantons suisses ne cessent d'étendre le principe de la coéducation des sexes. Toutes les Universités sont ouvertes aux femmes : à Genève et à Zurich, le tiers environ des étudiants se compose de jeunes filles. A Zurich, Mme Kempin-Spyri a été reçue comme *privatdocent* et chargée du cours de droit romain et de législation anglaise. Tout récemment, le sénat académique de l'Université de Genève a reçu deux doctoresses comme « enseignantes libres » et cet hiver, à l'Université genevoise, Mlle Alice Rodrigues, une toute jeune fille, docteur en sciences naturelles, donnera un cours sur la « sensibilité des végétaux »; une autre jeune doctoresse, Mlle Ida Welt, est chargée d'un cours sur l'histoire de la chimie.

Médecins-Maires. — Les élections municipales de Toulouse ont eu lieu récemment sans qu'il y ait eu d'incidents. La liste des intérêts municipaux, à la tête de laquelle est M. le Dr Gendre, a obtenu une moyenne de 11,500 voix, et la liste socialiste dissidente 1,400 voix environ.

Les Allumettiers et la Commission sanitaire. — On sait que l'Académie de médecine a, sur la demande de M. Cochery, ministre des finances, nommé une commission composée de plusieurs de ses membres, MM. Théophile Roussel, Vallin, Magitot, Ch. Monod et Hanriot, afin d'examiner l'état sanitaire des ouvriers allumettiers des manufactures de Pantin et d'Aubervilliers. Cette commission a terminé ses travaux et a remis son rapport au ministre des finances. Les ouvriers, dans ce rapport, ont été classés en plusieurs catégories, suivant leur état de santé et le degré de phosphorisme dont ils sont atteints. La première catégorie comprend 125 ouvriers. Dans ce groupe ont été classés les « nécrosés » et les hommes que leur faiblesse physique ou l'état de leur dentition rend inaptes à la profession d'allumettier. Ces ouvriers ont été invités par l'administration des manufactures de l'Etat à quitter leur usines. Certains allumettiers classés dans la première catégorie à cause de leur dentition mauvaise pourront d'ailleurs être réintégrés dans leurs fonctions, s'ils se sont fait extraire, dans le délai accordé, leurs dents cariées, et s'ils se trouvent alors dans un état physique n'offrant plus une proie facile à la nécrose phosphorée.

Commission supérieure des Sociétés d'assistance aux Blessés. — En vertu du décret de 1892, portant règlement sur le fonctionnement général des Sociétés d'assistance aux blessés et malades des armées de terre et de mer, une commission supérieure, présidée par le directeur du service de santé au ministère de la guerre, est instituée à Paris et se réunit sur l'ordre du ministre de la guerre. A la dernière réunion, M. le Dr Dieu, directeur du service de santé, a prononcé un discours relatif à l'expédition de Madagascar.

Hygiène des grandes Pêches. — M. le Dr Forterre, dans les *Archives de médecine navale* appelle, une fois de plus, l'attention sur les pêcheurs d'Islande qui, de mars en septembre, vont pêcher la morue, dans des conditions d'une exceptionnelle rigueur. L'aménagement des bâtiments envoyés sur la côte d'Islande, est des plus primitifs. Tout y est sacrifié au chargement, les logements sont petits, mal aérés, encombrés et malpropres. L'éclairage est obtenu avec des lampes alimentée d'huile de foie de morue. Les pêcheurs portent des vêtements de laine ; le lavage de leur linge n'est pas fréquent. La nourriture n'est pas variée : tête de morue, pommes de terre, lard, jamais de pain frais ni de viande. Les pêcheurs bretons boivent du cidre, les pêcheurs du Nord de la bière, un quart de vin seulement quand le travail est dur, et des boissons chaudes par les temps froids L'eau est conservée dans des barriques en bois ; la provision est faite au départ de France et renouvelée une ou deux fois pendant le cours de la campagne sans s'inquiéter de la provenance et de la qualité de l'eau embarquée. Le capitaine ne connait même pas le nom des médicaments contenus dans son coffre de secours, et le guide médical qu'il renferme est enfoui soigneusement tout au fond ! L'Islande tout entière ne possède qu'un hôpital situé à Reykjavik et placé sous l'intelligente direction du Dr Jonassen. Il faudrait établir plusieurs maisons de secours sur cette côte si fréquentée par les pêcheurs, et y diriger, dès le début de la campagne, des médecins français qui resteraient jusqu'à la fin de l'expédition. Les bâtiments-hôpitaux, sur lesquels M. Marcel Baudouin a tant insisté jadis, et dont deux spécimens sont en construction pour remplacer le *Saint-Pierre*, malheureusement disparu lors de sa première campagne, apporteront sans doute aussi, dans un avenir prochain, quelque adoucissement à tant de touchantes souffrances.

Protection des Enfants du premier Age. — Par arrêté en date du 10 novembre courant, le Préfet de Police a constitué ainsi qu'il suit le Comité départemental de protection des enfants du premier âge : MM. Louis Lucipia et Adrien Veber, membres du Conseil général de la Seine ; M. le Directeur de l'Assistance publique de la Seine; M. le Dr Josias, membre du Conseil d'Hygiène publique ; M. le Dr Blache, secrétaire général de la Société protectrice de l'enfance; M. le Pr Pinard; M. Risler, maire du 7e arrondissement, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique; M. le Secrétaire général de la Préfecture de Police; M. le Chef de la première division.

Le massage dans les hôpitaux. — On s'est occupé incidemment cet hiver de la question du massage dans les hôpitaux à l'une des séances du Conseil municipal. M. Colly, qui visait particulièrement l'hôpital Saint-Antoine, a dit : « Les médecins prescrivent des massages; or, faute de masseurs et de masseuses, ils se font très irrégulièrement. Si le massage est utile, il faut que les prescriptions médicales soient exécutées, et pour cela un corps de masseurs est indispensable afin que les malades ne soient pas trompés sur l'efficacité de ce remède. Si, au contraire, il est inutile, il ne faut pas le laisser prescrire. » M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, a fait observer qu'il en coûterait 80,000 francs à la Ville de Paris pour créer un corps de masseurs et de masseuses, ce à quoi M. Colly a répondu : « S'il est vrai que le massage soit un moyen curatif, recommandé par les médecins, je ne m'explique pas pourquoi l'on se refuse à créer un service de masseurs et de masseusses ; mais, s'il s'agissait de créer un inspecteur de clysopompes aux appointements de 8 ou 10,000 francs, M. le directeur de l'Assistance publique trouverait sans doute des raisons plausibles pour justifier cette création. » Et sur cette épigramme, la discussion a été close. (*Revue médicale*).

Hopitaux de Bordeaux. — Les *concours de l'internat* et de l'*externat des hôpitaux de Bordeaux* viennent de se terminer par les nominations suivantes : *Internes titulaires* : MM. Guyot, Ulry, Hervé, Andérodias Laffarelle, Fraikin Bouyer et Fernand Martin. — *Internes provisoires* : MM. Laubie, Capdebon, Brial, Vergely, Ginestous, Garraud-Fonneuve, Michiels, Mlle Nourrit et

M. Abadie. — *Externes* : MM. Dusson, Saux, Pinsan, Rocher, Broquet, Pierre Nadal, Doreau Carles, Rullier, Muratet, Motheau, Coriveaud, Reyt, Servel, Gentès, Auboin, Chomienne, Brun, Fourgous, Albier, Joncourd. Hubert, Sambuc, Pallut, Métreau, Dargein, Laffargue, Etchepare, Nuel, Fargeas, Brunel, Souc, Palmieri. Mlle Déga, MM. Allard, Dumora, Bargues. Fauché, Pin et Chabal.

Hopital français de Constantinople. — Dimanche dernier a eu lieu, à Constantinople, l'inauguration solennelle du nouvel hôpital français devant une très nombreuse assistance. La cérémonie a été ouverte par un discours de M. Sellié, député de la nation, puis l'ambassadeur, M. Cambon, dans une éloquente improvisation, à fait l'historique de l'établissement depuis ses modestes commencements au siècle passé jusqu'à aujourd'hui. L'aménagement de l'hôpital actuel réalise tous les progrès modernes. L'ambasssadeur de France a exprimé la gratitude de la colonie envers le sultan et le préfet de la capitale pour toutes les facilités accordées, et envers le gouvernement français pour ses dons généreux. M. Cambon a remercié les sœurs de Saint-Vincent de Paul qui desservent l'hôpital depuis cinquante ans. Il a rappelé les services du Dr Delacour, auquel le gouvernement français a décerné une médaille d'or ; il a remercié le Dr Entyboul pour ses services dévoués pendant son intérim. Il a fait l'éloge du Dr Neiss, nouvellement installé. Puis faisant allusion aux liens étroits qui unissent la France et la Suisse depuis quatre siècles, il a remis la croix de la Légion d'honneur au Dr Lardy (de Neuchâtel), chirurgien en chef de l'hôpital. Enfin l'ambassadeur de France a remis une médaille au nom du gouvernement français à Ali Mehmed, le directeur des travaux de construction, qui a su maintenir un ordre parfait lors des derniers troubles.

Médecin conseiller général. — M. le Dr Schmutz, républicain radical, a été élu hier conseiller général pour le canton de Tonnay-Boutonne.

Pensées de Rochefort. — « On aime plus qui vous amuse qui vous rend service ». — « De tout temps, les dévots ont mis la religion au-dessus de la patrie » (T. II, p.205).— Ce que nous avons vu dernièrement à Nancy, lors du *Congrès des aliénistes et neurologistes*, justifie une fois de plus l'exactitude de cette pensée. Depuis la translation forcée de la Faculté de médecine de Strasbourg à Nancy, on n'est pas encore parvenu à construire la Faculté de médecine. On a fait l'Institut chimique et l'Institut anatomique ; mais le reste de la Faculté sera construit on ne sait à quelle époque. Le vrai patriotisme aurait dû aboutir vite et dresser une Faculté modèle en face de la Faculté allemande de Strasbourg. Si on n'a pas trouvé pour cette œuvre patriotique les ressources nécessaires, en revanche on a su trouver des millions pour achever l'église Saint-Epvre (1874) et pour construire deux nouvelles églises monumentales, Saint-Nicolas (1875-1881) et Saint-Pierre inaugurée en 1885. (B.).

Un duel entre médecins. — Plusieurs jeunes médecins, récemment reçus docteurs, se trouvaient réunis il y a quelque temps. Au cours d'une discussion sur le cas de l'ex-capitaine Dreyfus, une violente querelle éclata entre deux de ces jeunes gens, M. D.., israélite, et M. V..., catholique. Une rencontre à l'épée fut décidée et, un jour, dans l'après-midi, les deux adversaires, accompagnés de leurs témoins, descendaient de voiture sur le plateau de Gravelle. Ils cherchèrent un emplacement propice. Mais le terrain, détrempé par les pluies persistantes, était recouvert d'une épaisse couche de boue gluante et glissante. Il était impossible de se battre dans ces conditions. Les témoins eurent recours au propriétaire du restaurant du Plateau de Gravelle. Celui-ci fit retirer d'une écurie les voitures qui l'encombraient. Après avoir soigneusement balayé le sol, on le recouvrit d'un tapis de linoleum et les adversaires purent alors mettre l'épée à la main. Le combat a duré plusieurs minutes. A la troisième reprise, le jeune médecin israélite, M. D..., a été atteint sous le sein droit d'une blessure peu grave. Il a été reconduit jusqu'à sa voiture par ses témoins.

Nécrologie. — M. le Dr Billiotte, médecin de l'hôpital, ancien médecin de la marine, professeur d'hygiène à l'Ecole des pêches maritimes des Sables-d'Olonne, médecin des prisons, etc. Cet excellent confrère, qui était notre ami, a succombé au champ d'honneur, au cours d'une visite faite à l'un de ses malades. Les manches retroussées, en bras de chemise, tête nue et le tablier d'opérateur à la ceinture, il venait de mettre au monde un jeune Sablais et de terminer cet accouchement difficile, lorsque la mort l'a frappé, à l'age de 49 ans. Nous adressons à sa famille les plus vifs compliments de condoléances. (M. B.). — M. Leclerc, aide-major, en garnison à Djelfa, s'est tué à l'hopital militaire de cette ville, où il était en traitement depuis huit jours pour une attaque d'influenza, et d'où il devait sortir bientôt. Il s'est placé devant une glace et, avec un couteau à dessert, s'est tranché l'artère carotide en se frappant à deux reprises. On ignore les motifs du suicide de ce médecin qui était très estimé.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de Bicêtre.— M. P. Marie. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses*, le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. Charpentier, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. Féré, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. Bourneville, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MÉDICAL*

LA FOI QUI GUÉRIT

PAR

J.-M. CHARCOT

Brochure in-8 de 48 pages. — Papier vélin, prix 2 fr., pour nos abonnés, 1 fr. ; papier Hollande, prix 3 fr , pour nos abonnés, 1 fr. 50; papier Japon, prix 4 fr., pour nos abonnés, 2 fr.

Voir page XCVII des Annonces LES ÉTRENNES MÉDICALES

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement, soit DOUZE FRANCS. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. Goupy (G. Maurin, Succr), Rue de Rennes, 71.

TABLE DES MATIÈRES

N. B. — **Rechercher par ordre alphabétique, non seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants :** Nécrologie, Hôpitaux, etc.

A

ADADIE, 382, 424.
ABCÈS tropicaux, 57; — du cerveau d'origine otique, 381; — Etude sur les — du cou, 383.
ABDOMEN, (Contusions de l'—), 406; — Laparotomie dans les contusions de l'—, 418.
ABELOUS, 56.
ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS, 336; — Prix, 27; — Legs, 31; — Bibliothèque, 119; — Elections, 438, 454; — Prix de l'année 1896, 470; — Prix proposés pour les années 1897, 1898, et 1899, 472.
ACADÉMIE ROYALE DE MADRID, 198.
ACADÉMIE DES SCIENCES, 31, 166, 336; — Prix 490; — de Munich, 296; — de Vienne, 412.
ACANTHOSIS NIGRICANS, 439.
ACCIDENT arrivé à un médecin-député, 15; — survenu à un médecin, 63.
ACCIDENTS du travail (Loi sur les —), 15; — Contribution à l'étude expérimentale des — post-sérothérapiques, 113.
ACCOUCHEMENT (Observation d'un — compliqué sous-cutané), 82.
ACÉTYLÈNE (Effets de l'explosion due à l'—), 479.
ACHARD, 56, 72, 133, 223, 238, 254, 292, 422, 423, 454.
ACIDE (Sur l'influence de la menstruation sur l'excrétion de l'— urique), 160; — Analyse de la commission sur les lieux de production de l'— urique dans l'organisme humain, 173.
ACROCÉPHALIE, 20.
ACROCYANOSE, 115.
ACTES de la Faculté de Médecine de Paris, 12, 20, 262, 278, 293, 370, 394, 410, 421, 442, 457, 480.
ACTINOMYCOSE (Un cas d'—), 56; — circonscrite de la mâchoire, 132; — dans le Gard, 276; — cervicale, 283.
ADENOT, 379, 382.
ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, 450.
ADOR, 205.
AGOLASTIC, 7.
AÏNHUM ET LÈPRE, 71, 161.
ALBARRAN, 113, 421, 433.
ALBUMINE de l'urine, 146.
ALBUMINURIES (Le pronostic des —), 144; — Pronostic des —, 145, 146; — arthritique, 159; — Syphilis oculaire avec —, 189.
ALBUMINURIQUES (Le sérum des —), 407; — Sérums sanguins chez les —, 423.
ALCALOÏDES des quinquinas, 212.
ALCOOL (Monopole de l'—), 19; — Les impuretés de l'—, 192; — devant la Société de Médecine publique, 430; — et alcoolisme, 455.
ALCOOLIQUE (Tremblement des alcooliques), 89; — Ce que fait coûter à l'Etat une famille d'—, 150.
ALCOOLISME, 74, 184, 439; — Délire alcoolique et délire systématisés dans l'—, 33; — à Paris, 39; — La lutte contre l'— en Suisse, 62; — Variétés d'—, 77; — des nourrices, 276; — chez la femme, 455; — Lutte contre l'—, 456
ALCOOLISME chez les enfants, 254, 495; en France, 484.
ALEGRET, 493.
ALIÉNÉS (De l'internement des —), 89; — Internement des — en Angleterre, 91; — Internement des — en France, 246; — à l'Institut, 292; — journalistes, 495.
ALIMENTATION thyroïdienne, 454.
ALLAITEMENT, 208.
ALLIS, 42.
ALOÈS (Sur une réaction nouvelle de l'— pour les expertises médico-légales, 175.
ALVARO DE LACERDA, 10.
AMBULANCIERS cyclistes, 48.
AMPHITHÉÂTRE d'anatomie des hôpitaux, 321.
ANALGÉSIE, 386.
ANATOMIE (Enseignement de l'—), 449; — pathologique de l'hypertrophie prostatique, 453.
ANCÊTRE de l'homme, 16.
ANESTHÉSIE (Cinquantenaire de l'—), 70, 238, 277, 421.
ANÉVRYSME (Un cas d'— cirsoïde), 438.
ANGE GABRIEL, 115.
ANGER, 387.
ANGINE à streptocoque avec éruption scarlatiniforme, 57; — Des — couenneuses non diphtériques, 255.
ANGIO-SCLÉROSE et méthargies rebelles, 140.
ANIMAUX (Infection paludéenne chez les —), 10; — La tuberculose chez les petits, 407.
ANLEITUNG zum operationen an der Leiche und am Lebanden, 42.
ANNEXITE droite (Tumeur cæcale prise pour une —), 440.
ANNIVERSAIRE de Virchow, 280.
ANTHROPOLOGIE criminelle, 162; — de l'Amérique du Sud, 199.
ANTROPOMÉTRIE (Système d'—), 177
ANTIPYRINE (Accidents rares causés par l'—), 277.
ANTISTREPTOCOCCIQUE de Marmorek, 107.
ANUS (Lèpre à propos d'un cas de fistule de l'—), 159.
APÉRY (P.), 475.
APHASIE de la main droite chez un sourd-muet, 281.
APHTES (Etiologie des chez les enfants), 161.
APPENDICES caudaux, 239.
APPENDICITES, 291, 472.
APPERT, 385.
ARCHAMBAULT, 73.
ARNAUD (de Vanves), 115.
ARNOULD, 28.
ARNOZAN, 144, 147.
ARSONVAL (d'), 40, 41, 55, 398.
ART de vivre longtemps, 419.
ARTAUD, 59.
ARTÈRES (La cicatrisation des — et des veines après ligatures, 422.
ARTÉRITES syphilitiques, 9.
ART MÉDICAL (L'avenir de l'—), 172.
ARTHRITE (Péri — coxofémorale), 386.
ARTHROPATHIES syphilitiques, 440.
ARTHROTOMIE (Nouveau traitement de la coxalgie par l'—), 275.
ASILES D'ALIÉNÉS. — Admission dans les —, 90. — Division des —, 90. — A. de Bron, 15. — A. de convalescence de Vincennes, du Vésinet et de Vacassy, 327. — A. de France, 66 — A. de la Seine, 263, 279, 295, 325, 460.
ASILE national de Vincennes, 372, 409, 456.
ASILE de vieillards de Vaucluse, 168.
ASPERGILLUS FUMIGATUS, 71; — niger, 107.
ASSAINISSEMENT de la maison, 9; — de la Seine et épandage, 15, 374.
ASSASSINAT (Tentative d'— sur un médecin), 63.
ASSISTANCE aux étrangers, 210; — par le travail, 210.
ASSISTANCE chirurgicale instantanée à Paris, 11, 83, 244, 252, 260, 491; — pendant les fêtes russes en 1897, 430.
ASSISTANCE MÉDICALE chez les pêcheurs, 140; — gratuite devant les Conseils généraux, 167; — — gratuite, 199, 296, 409, 499; — dans les Ardennes, 483.
ASSISTANCE PUBLIQUE, 256; — 3e commission, 6. — à Paris : son budget, 179; Concours pour les élèves externes en médecine, [illegible] — Discours prononcés aux distributions des prix aux écoles d'infirmières, 256, 389; — Admission des indigents sur les listes de l'—, 478.
ASSISTANCE publique et privée, 210, 240
ASSISTANCE publique de Paris, 47, 80, 450. — en Belgique et en Hollande, 72 — Logs, 232.
ASSOCIATION des dames françaises, 126.
ASSOCIATION des étudiants de Paris, 263, 341.
ASSOCIATION française pour l'avancement des sciences, 183, 339.
ASSOCIATION française de chirurgie, 96, 247, 412.
ASSOCIATION française des médecins urologistes, 195, 260, 292.
ASSOCIATION générale des étudiants et les fêtes russes, 371.
ASSOCIATION générale des médecins de France, 11.
ASSOCIATION médicale des médecins de France, 112.
ASSOCIATION de la presse médicale française, 13, 75, 426.
ASSOCIATION scientifique britannique, 206.
ASTRAGALECTOMIE, 379.
ASTROS (d'), 141.
ATHANASIU, 422.
ATROPHIE cérébrale (Idiotie symptomatique d'—), 185.
ATTAQUES (Les — apoplectiformes et épileptiformes des paralytiques généraux), 217.
AUBRY, 164.
AUCHÉ, 7, 131, 158.
AUSCULTATION (Sur l'— du pleurétique), 148.
AUSSET, 128, 142.
AUTOPLASTIE (Guérison des hernies inguinales par l'— tendineuse), 419.
AUTOPSIE (Les médecins ou les internes peuvent-ils procéder à l'— d'une personne décédée en arrivant à l'hospice ?), 480.
AVIVEMENT de l'utérus, 435.

B

BABINSKI, 40, 133.
BACCLELI, 193.
BACILLE (Transformation du lactose dans le —), 7; — d'Eberth dans l'eau, 56; — d'Eberth, 133; — — de la psittacose, 438; — Infections causées par les — paratyphiques, 454.
BACTÉRIES de la canne à sucre, 385.
BALBIANI, 149.
BALLET, 87, 115, 177.
BANQUET de l'Union des Syndicats médicaux de France, 426.
BAR, 161.
BARADUC, 174.
BARASH, 9.
BARD, 113, 141, 146
BARETTE, 423.
BARIÉ, 56.
BARRIER, 454.
BARTHÉLEMY, 112, 147, 160, 161.
BASSIN de la femme, 420; — Kyste dermoïde du — ouvert dans la vessie, 423.
BATELLERIE et le transport des blessés, 48.
BABBY, 467.
BAUDIN, 174.
BAUDOUIN (M.), 6, 11, 17, 42, 43, 45, 49, 60, 66, 70, 75, 83, 95, 141, 157, 165, 173, 192, 195, 196, 206, 207, 222, 230, 288, 244, 253, 254, 260, 273, 292, 295, 392, 409, 418, 439, 441, 456, 464, 473, 475, 477, 489, 494, 495.
BAYEUX, 27.
BAZY, 276, 423.
BEAUREGARD, 7, 470.
BÉCHET, 373.
BÉCLÈRE, 57, 113, 141, 454.
BEITRAGE zur Radikal Operation der Leistenbruchen, 42.
BENDEREWSKI, 206.
BENEDIKT, 177.
BENSAUDE, 223, 238, 422.
BERGER, 8, 28, 58, 132, 149, 180, 254, 274, 390.
BERGERON, 179.
BERGONIÉ, 407.

Bernheim, 89, 101, 102, 118, 141, 143, 160.
Bertillon, 116, 177.
Bertrand, 56, 71.
Berrut, 460.
Bibliographie scientifique à la réunion de la Royale Society à Londres, 76.
Bibliothèques universitaires, 14.
Bicycle-Club médical, 184.
Bicyclette (Les infirmiers à —), 229; les — d'ambulances, 260.
Bidet-lit, 72.
Bière (Intoxication par la — collée au bisulfate de chaux), 423, 465.
Bilhaut, 206, 378, 408.
Biométrie (La — et l'électrothérapie), 174.
Bismarck médecin, 184.
Bisulfate de chaux, 423.
Blanchard, 132, 438.
Blennorrhagie ano-rectale, 419.
Bloch, 55, 386, 389.
Bodet, 269, 470.
Bonin, 41.
Bœckel, 377, 387, 452.
Boissons (Richesses en alcool des — et des préparations pharmaceutiques, 408.
Boix, 470.
Bolognesi, 277.
Bonnaire, 401.
Bonne foi (La — du Dr Pietra Santa), 431, 458, 464.
Bonnet, 87.
Bosc, 113, 132, 149, 238.
Bottines orthopédiques et redressements, 287.
Bouchard, 106, 149.
Bouchardat, 298.
Boucher, 59.
Boucheron, 406, 425.
Bouloumié, 42.
Bouilly (G.), 434.
Bourdillon, 430.
Bourneville, 7, 20, 40, 54, 74, 76, 92, 102, 118, 185, 231, 240, 243, 245, 256, 257, 261, 298, 299, 370, 375, 410, 431, 432, 451, 464.
Bourquelot, 56, 59, 71, 385, 407, 489.
Bourses de doctorat, 215, 305; Concours pour l'obtention des —, 243.
Bourses de pharmacien — (Concours pour l'obtention des —), 260.
Boursiers, 452.
Bousquet, 419.
Bouteiller, 82.
Bouton d'Hagokoff et tire-bouton, 27.
Bouton do Murphy, 274.
Boutonnière d'engagement, 274.
Bovet, 42.
Brault, 59.
Brill (D.), 177.
Brindeau, 8.
Broca, 7, 41, 282, 378, 381, 384, 387, 472.
Brouardel, 9, 132, 164, 377.
Brulures (Du rétrécissement cicatriciel du pylore consécutif aux —), 405.
Brun, 387, 408, 454, 472.
Brylinski, 209.
Budin, 9, 72.
Bulhoir, 476.
Bureau, 9, 58, 439.
Bustes. — Archereau, 228.
Buveurs (Traitement des — d'habitudes), 116.

C

Caranès, 89, 391.
Cachexie pachydermique (Idiotie avec — après le traitement), 7.
Cadavres (Trafic des — a la morgue), 184.
Cadet de Gassicourt, 179.
Cadiot, 407.
Caillot non rétractile, 453.
Calmette, 255.
Calot, 378, 467, 490.
Camus, 55, 70.
Canaries (Un séjour aux —), 239.
Cancer (Discussion sur l'extirpation totale du — du rectum), 58; De la transmission du — humain à l'animal, 141; — Traitement médico-chirurgical du — utérin, 262; — L'extrait de chélidoine dans le traitement du —, 388; — Pylorectomie pour — de l'estomac, 404; — Opérations palliatives contre le — la prostate, 433; volumineux du foie opéré, 4
Cannet, 9.
Capitan, 239.
Capman, 131.
Capsules surrénales dans certaines intoxications, 41; — Maladie d'Addison avec absence de —, 149.
Carnot, 55, 453.
Carrière, 131, 158.
Carrière, 146, 147.
Carriot, 422.
Carvalho de Athanassio, 55.
Cassart, 147.
Casset, 148, 157.
Castets (M.), 74.
Castex, 381.
Castration (Indications de la — abdominale totale dans le traitement de certains cas de suppurations pelviennes), 178; — dans l'hypertrophie de la prostate, 433.
Catacombes (La faune vivante des —), 28.
Cataracte (Retard de cicatrisation chez les opérés de —), 423.
Catrin, 8, 56, 254, 276, 407.
Cavaignac, 430.
Caveaux (Photographies de —), 389.
Cécité complète, 20.
Cellules du système nerveux, 438.
Centenaire (Une —), 184, 412, 498; — mal portant, 196; — Rogaert, 232; — Un — M. Ruel, 372.
Centres médullaires dans les cas de section de nerfs périphériques, 115.
Centres nerveux (Sur les phénomènes de réparation dans les —), 407.
Céphalée opiniâtre avec lypémanie, 115.
Cérébrasténies (Des — et de leur traitement électrothérapique), 10.
Certificat médical, 12; — pour placements des aliénés, 92; — délivrés aux malades à titre privé par les médecins, 243; — médicaux, 479.
Cerveau (Abcès du — d'origine otique), 381.
Chaillon, 439.
Chaire (Une — d'orthopédie), 282.
Chaleur aux Etats-Unis, 135, 140.
Chambon, 113.
Champignon du genre favus, 41; — Les — vénéneux, en septembre 1896, 179; — Ferments de —, 385.
Championnière, 7, 28, 164.
Chancre tuberculeux de la verge, 73.
Chantemesse, 132.
Chaput, 26, 57, 132, 387, 404.
Charcot, 400.
Charpentier, 89, 115, 440.
Charrin, 41, 55, 71, 385, 406, 422, 438.
Chaumier (Ed.), 161.
Cheiloplastie, 381.
Chélidoine (Extrait de — dans le traitement du cancer), 388.
Chevalerau, 424.
Chest (Surgery oft the —), 259.
Cheyne Stokes (Sur un traitement incliné ou rythmé respiratoire du —), 157.
Chibret, 379.
Chiens ambulanciers, 44.
Chimie biologique (observation et interprétations de phénomènes chimiques pouvant s'appliquer à la —), 219.
Chimie physiologique, 5.
Chimisme (Du — opératoire normal et pathologique), 292.
Chimpanzés (Deux — vivants à Paris), 168.
Chipault, 381.
Chirurgie de la plèvre pulmonaire, 265; — du poumon, 445.
Chirurgiens (Infirmières et —), 212; — dentistes et dentistes, 456.
Chloroformisation (Influence des états pathologiques sur la —), 407.
Chloroma d'Aran, 406.
Chlorose (Essai du traitement de la — par l'ovarisme 147; — Du rôle de la dyspepsie dans la —, 174; — Contribution à l'étude des échanges dans la —, 224.
Chlorures (Sur le rôle des plasmas et des — — dans l'organisme, 7.
Cholécystentérostomie, 41.
Cholécystogastrostomie, 41.
Cholédochotomie, 8; — Discussion sur la —, 27.
Choléra. — A l'étranger, 15, 32, 47, 79, 96, 120, 133, 140, 167, 184, 247, 296, 460; — au Soudan, 215.
Chronique médicale, 391.
Chylons and adipose ascites, 60.
Cicatrices vaccinales (Valeur pronostique des —), 52.
Cidre (Intoxication due à du —), 277.
Cinquantenaire de l'anesthésie, 70, 238, 277.
Circoncision et superstition, 353.
Circulation (Des troubles chroniques de la — et de leur traitement par les bains chauds), 193.
Cirrhose (Augmentation du volume du foie dans la —), 565; — Varices œsophagiennes dans les —, 454.
Claisse, 55, 71, 453.
Claude, 56, 58
Climatologie et géologie à Clermont-Ferrand, 223.
Clinique chirurgicale, 236.
Clinique infantile, 20, 185.
Clinique interne, 1.
Clinique des maladies mentales, 33, 121.
Clinique médicale, 281, 461.
Clinique nationale ophthalmologique, 79, 327.
Clinique nerveuse, 217, 249.
Clozier, 56, 292.
Club médical vélocipédique, 15.
Coagulations (Sur la pathogénie des — sanguines intra-vasculaires), 111, 129; — Evolution anatomique des — sanguines intravasculaires, 130.
Cobaye (Coagulation du sperme de —), 55; — Injection d'alcool aux —, 439.
Codeine (La — comme adjuvant de la dilatation de la glotte dans le croup), 27.
Co-éducation dans l'enseignement supérieur, 477.
Cœur (Photographie des bruits du —), 409.
Colibacillaires (Infection expérimentales —), 149.
Colibacillose, 60.
Collège de France, 330, 411, 481.
Collège Royal de chirurgie de Londres, 47.
Colostrum (Action agglutinante du —), 454.
Colporrhaphies, 436.
Combe (A.), 381.
Comby, 8, 27, 292, 407, 444.
Commission (La — de la tuberculose, 478.
Concours de chirurgie, 80.
Concours de l'externat, 32, 396, 411, 444, 459, 482.
Concours de l'Internat, 32, 215, 482.
Conférences d'accouchement, 401.
Conférences sur les maladies de la peau à l'Hôpital Saint-Louis, 402.
Congrès (Le — international d'assistance et de protection de l'Enfance a Genève), 205, 208, 225.
Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française, 84, 114, 136.
Congrès des aliénistes (à propos du — et des neurologistes), 74
Congrès d'assistance de Genève, 31.
Congrès de la British Medical Association, 183.
Congrès français de chirurgie, 253, 270, 277, 28', 377, 403, 418, 432, 451, 464; — Echo du —, 280.
Congrès français de médecine, 11, 43, 101, 102, 127, 141, 157, 173.
Congrès homœopathique international, 120.
Congrès d'hydrologie et de climatologie a Clermont-Ferrand, 242.
Congrès international d'anthropologie criminelle, 162, 176.
Congrès international de chimie appliquée, 75, 96.
Congrès international de chirurgie, 80.
Congrès international de dermatologie, 29, 31, 101.
Congrès international de gynécologie, 178. 199.
Congrès international d'hydrologie, 167, 223.
Congrès international de médecine de Moscou, 237, 242, 292, 411.
Congrès international de psychologie a Munich, 102.
Congrès de médecine mentale et nerveuse, 29, 43, 83.
Congrès de psychologie. 43, 134.
Congrès de la Société italienne de médecine interne en 1896, 215.
Congrès des Sociétés savantes en 1897, 96, 411.
Congrès de la tuberculose, 481.
Congres de vacances de 1896 (Les —), 26.
Conjontivite (Formules pour le traitement de la — pseudo-membraneuse), 262; — Un cas de — infectieuse, 424.

CONSEIL d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, 263, 411.
CONSEIL supérieur de l'Instruction publique, 134.
CONSEIL de surveillance de l'Assistance publique, 32, 395.
CONSEIL de l'Université de Paris, 119.
CONTEJEAN, 453.
CONTREXÉVILLE (Eau de —), 175.
CORNÉE, 424.
CORNET, 5, 42, 155, 208.
CORNIL, 7, 132, 376, 386, 422.
CORPS étrangers (Recherches des — ferrugineux au moyen de l'aiguille aimentée), 10; — Les — migrateurs de l'œil et leur extraction, 153; — médical des Hôpitaux de Paris, 245.
CORRESPONDANCE des Larrey, 248.
COSTS, 493.
COU (Les opérations pratiquées sur les vaisseaux veineux du —), 17; — Kyste séreux du —, 58; — Tissus du —, 384; — Kystes congénitaux du —, 438.
COUDRAY, 467.
COUP de pied de cheval, 380.
COURANTS (Action physiologique des — à haute fréquence et leurs effets thérapeutiques), 40; — Diminution de toxicité par les — à haute fréquence, 41; — Sur l'emploi thérapeutique des — à haute dose, 397; — de Tesla, 397.
COURS (Ouverture des — de la Faculté de médecine de Paris), 312. — C. d'anatomie pathologique, 376. — C. de chimie médicale, 376. — C. de clinique chirurgicale, 401, 403, 449. — C. de clinique infantile, 375. — C. de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, 401. — C. de clinique médicale, 376, 377. — C. de clinique mentale, 401. — C. de clinique neurologique à la Salpêtrière, 402. — C. de clinique obstétricale, 401. — C. de clinique ophtalmologique, 403. — C. de M. Hayem, 375. — C. d'hygiène, 81. — C. de médecine légale pratique, 377. — C. de clinique médicale, 403. — C. de pathologie générale, 59. — C. de pathologie interne, 377. — C. de pharmacologie, 377.
COURTILLER, 453.
COURTIN, 423.
COXALGIE (Nouveau traitement de la — par l'arthrotomie), 275; — Traitement de la —, 408; — La — doit guérir sans laisser de boiterie, 467.
CRAMPES des écrivains, 385.
CRANES (Mensuration de — dans les prisons et asiles d'aliénés), 177; — Les deux — de Mme de Sévigné, 261.
CRIMINALITÉ de la femme, 162; — De l'augmentation de la — chez les enfants, 211.
CRIMINEL (Traitement du — d'occasion et du — né), 176.
CRIMINELS (Asiles d'aliénés pour les —), 93.
CRIMINOLOGIE (Moral insanity with the —), 177.
CRISES épileptiques et fibromes utérins, 143.
CRITZMANN, 71.
CRIVELLI, 386.
CROCQ, 115, 143, 159, 175, 249.
CROIX verte, 168; — rouge russe en Abyssinie, 484.
CROUP (Quelques modifications du tubage dans le —), 57.
CULTURE du pneumocoque stérilisé, 71.
CYCLISTE (Insuffisance aortique aiguë chez un —), 454.
CYSTICOTOMIE, 49, 66.
CYSTITES (Traitement des — tuberculeuses), 432.
CYSTOPEXIE, 436.

D

DACRYOCYSTITE, 425.
DALCHÉ, 277.
DALIFOL, 210.
DALLEMAGNE, 162, 177.
DANILEWSKY, 70.
DANLOS, 9, 440.
DARIER, 9, 408, 425, 439.
DASTRE, 385.
DÉBOUCHÉ pour les médecins, 248.
DEBOVE, 27, 206, 266, 276, 377.
DEBRAY, 385.
DE BRUN, 149, 164.
DÉCLARATIONS D'ENFANT par les médecins, 236.
DÈGREZ, 55.
DÉGLUTITION dans la position couchée, 404.
DÉJERINE, 7, 71.
DELAGÉNIÈRE (H.), 178, 269, 275, 406.
DELASSUS, 440.
DELAUNAY, 465.
DELBET, 455.
DELENEUZE, 238.
DELENS, 254, 387.
DÉLIRE ALCOOLIQUE ET DÉLIRES SYSTÉMATISÉS DANS L'ALCOOLISME, 33.
DÉLIRE CHRONIQUE (Sur un cas de — religieux à hallucinations auditives et visuelles), 87, — des persécutions à double forme, 116; — Les délires systématisés dans la paralysie générale, 121.
DELMAS, 88, 91.
DELORME, 8, 58, 266, 383.
DELVAILLE, 73.
DEMMLER, 431.
DÉMENCE SÉNILE ET TOXICITÉ, 117.
DEMONS, 274, 282, 406, 418.
DÉMORPHINISATION (De la — chimique), 65.
DEMOULIN, 418, 465.
DENIGÈS, 147.
DENTISTES (Chirurgiens-dentistes et —), 456.
DENTS (Troubles trophiques des — d'origine hystérique), 142.
DENYS, 113.
DEPAGE, 406.
DÉPOPULATION DE LA FRANCE, 164.
DERMATITE HERPÉTIFORME, 9, 58; — exholiatrice, 9.
DERMATOLOGIE, 429.
DEROUIN, 212.
DESCHAMPS, 219.
DÉSÉQUILIBRÉS (Les — du ventre au point de vue anatomo-mécanique), 160.
DESEASES (Sleep in its relations to of — the Skin), 73.
DÉSINFECTEURS INFECTEURS, 45.
DESNOS, 433.
DESPAGNET, 424, 425.
DÉTROIT MOYEN, 8.
DIABETE (Traitement du — arthritique par le dosage de l'alimentation), 148,
DIABÉTIQUES, 424.
DIAGNOSTIC (De la nécessité de préciser le — avant d'établir le traitement et le régime des dyspeptiques), 42.
DIAKONOW, 237.
DIALISE (Étude par —), 221.
DIAPHYSE (Remplacement d'une — tibiale par ostéomyélite par une — périonée,) 466.
DIARRHÉE SÉREUSE, 56.
DIDEROT, 245.
DIDIER, 205.
DIÉTÉTIQUE DES BRAS dans les affections de l'estomac, 207.
DIEULAFOY, 27, 291, 385 403.
DILATATION RECTALE, 254.
DINITRITE MOLÉNIQUE, 55.
DIPHTÉRIE (La — a Saint-Denis d'octobre 1895 à février 1896), 3; — La — à Marseille, 141; — avec association microbienne, 454.
DIPHTÉRIE (De l'application des sérums au traitement de la —), 109; — Du pouvoir immunisant contre la — du sérum du cheval normal, 129.
DIPLOME de sage-femme, 426.
DISCOURS prononcés à la distribution des prix aux Écoles municipales d'infirmières, 256, 389.
DISCOURS de Terrier, 270.
DISLOCATIONS (An inquiry into the difficulties encountered in the reduction of —), 42.
DISPENSAIRE (Le — hôpital de Clichy), 29; — du salubrité de Paris, 120.
DISTINCTIONS HONORIFIQUES, 14, 47, 79, 119, 136, 152, 167, 184, 198, 222, 263, 279, 295, 396, 428, 473, 483.
DIVERTICULES (Du traitement des — de l'œsophage, 404.
DIVISION CELLULAIRE (Sur la signification physiologique de la — directe), 149.
DIVORCE (La syphilis motif de —), 126.
DOCTEUR (Formalités à remplir pour obtenir le grade de — en médecine), 306.
DOLBEAU et la Commune, 199.
DOLÉRIS, 72.
DOUTREBENTE, 90, 115.
DOYEN, 404, 405.
DRAINAGE (Thoracentèse et — pleural), 137.
DROGUISTE (Un — protecteur des sciences), 483.
DROIT de timbre (Les malades et le —), 479.
DRUINEAU, 205, 210.
DRUCKER, 209.
DUBERGÉ, 194.
DUBOIS, 180.
DUBOIS (L.), 141.
DUBOIS (de Cambrai), 381.
DUBOISSIÈRE (Sulfate de — comme moyen de combattre le refus des aliments), 117.
DUBOURG, 387, 435.
DUBRISAY, 440.
DUCAMP, 174.
DUCASTEL, 408, 440.
DUCOR, 132.
DUEL entre médecins, 500.
DUFAUD, 255.
DUGUET, 56.
DUMONTPALLIER, 7.
DUNANT, 162.
DUNKAN BULKLEY, 73.
DUODÉNUM (Sténose du — adhérent à une vésicule cancéreuse), 159.
DUPLAY, 386, 403.
DUPUY (E.), 3.
DUPUY, (de St-Denis), 72.
DURE-MÈRE (Kyste de la —), 185.
DUVAL (Mathias), 182.
DYSENTÉRIE à Toulon, 215.
DYSGRAPHIE ÉMOTIONNELLE, 406.
DYSPEPSIE (Du rôle de la — dans la chlorose), 174.

E

EAU d'alimentation et fièvre typhoïde à Nancy, 102.
EAU d'Apenta, 426.
EAUX d'égout (Utilisation agricole des —), 371.
EAU distillée, 406.
EAUX minérales (Sur la composition du gaz qui se dégagent des — de Bagnoles de l'Orne), 469.
EAUX (Les — purgatives : eau d'Apenta), 426.
ECHO du Congrès de Chirurgie, 280.
ECLAIRAGE (Sur l'— électrique de l'estomac), 155.
ECOLES dentaires de Paris, 342, 395; — de Genève, 366.
ECOLE française d'orthopédie et de massage, (Dîner d'inauguration de l'—), 19.
ECOLES d'infirmières, (Création d'— à Montevideo), 61.
ECOLES DE MÉDECINE. — E. d'Alger, 481. — E. d'Angers, 295. — E. de Besançon, 198. — E. de Caen, 395. — E. de Clermont-Ferrand, 263, 358, 459. — E. de Dijon, 63, 79, 358. — E. de Grenoble, 79, 359. — E. de Lille, 459. — E. de Limoges, 295, 360. E. de Marseille, 31, 481. — E. de Nantes, 31. — E. de Poitiers, 79, 96, 119, 198, 360. — E. de Reims, 198, 361, 483. — E. de Rennes, 356, 395, 481. — E. de Rouen, 361, 395. — E. de Tours, 362.
ECOLES de médecine navale, 14. — E. de Bordeaux, 362. — E. de Brest, 363. — E. de Rochefort, 183, 363, 411. — E. de Toulon, 336, 363, 411.

Ecoles de Médecine et de Pharmacie ; — réorganisées, 119. — E. d'Alger, 353, 497. — E. d'Amiens, 151, 356, 481, 497. — E. d'Angers, 357, 371. — E. de Besançon, 96, 357, 371. — E. de Caen, 357, 443. — E. de Clermont, 443. — E. de Dijon, 253, 279, 443. — E. de Grenoble, 31. — E. de Limoges, 151. — E. de Marseille, 354. — E. de Nantes, 355. 443 — E. de Poitiers, 151, 427, 443. — E. de Rennes, 253, 279, 356, 371, 443
Ecole de Médecine du Val-de-Grâce, 443.
Ecoles municipales d'infirmières, 231, 389 ; — de la clinique Sainte-Anne, 427.
Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, 336.
Ecole normale supérieure, 481.
Ecole odontotechnique, 342, 441.
Ecoles de Pharmacie, 215 ; — Bourses de doctorat, 228. — E. de Montpellier, 183 279 371 — E. de Paris, 459. — E de Nancy, 151, 279
Ecole pratique des Hautes-Etudes 333.
Ecole du service de santé de la marine, 212.
Ecoles du service de santé militaire de Lyon, 347 ; — à Paris, 131, 228, 371 ; — de Bordeaux, 410.
Ecoles supérieures de pharmacie. — E. de Nancy, 247, 345. 371, 443 — E. de Paris, 63, 334, 395.
Ecole du Val-de-Grâce, 330, 459.
Ecoliers (Instruction pour les familles d' — atteints de maladies épidémiques et contagieuses), 77.
Ecriture en miroir (A propos de l'—), 473.
Ectopie inguinale du testicule, 433.
Eczémas (Des — et leurs traitements), 73 ; — of the hand and fingers, 73.
Edwards, 60.
Egger, 192.
Electrolisation (Etude clinique et thérapeutique sur l'— électrostatique ou franklinisation), 10.
Electrothérapie, 155, 397 ; — La biométrie et l'—), 174 ; — oculaire (Traité d'), 492.
Eléphantiasis des organes génitaux, 9.
Elèves sages-femmes (Nouvelle instruction pour les —), 183.
Elytrocèle et pudental hernia. 273.
Embaumements (Quelques mots sur les —), 62.
Embryon (Orientation et allure du développement de l'— du canard), 406.
Empalement (Plaie de la vessie par —), 422.
Emphysème (Observation d'un accouchement compliqué d'— sous-cutanés), 82.
Empoisonnement par la belladone, 15 ; — suraigu par l'absinthe, 47.
Empoisonnement aigu par l'alcool, 136 ; — par les champignons, 199 ; — par l'alcoolisme, 280 ; Les pseudo — de Malaunay, 292.
Encéphale (Tumeur de l'—), 423.
Endartérite (Un cas d'— oblitérante), 111.
Enfance (Congrès international d'assistance et de protection de l'— a Genève), 205, 208.
Enfants (Alcoolisme chez les —), 254 ; — Comité de protection des — du premier âge, 263 ; — vivant chez un rachitique, 373 ; — Révocation d'un médecin des — assistés de Paris, 442.
Enfant-vieillard, 184
Enseignement de l'anatomie, 449.
Enseignement clinique dans les hôpitaux, 327.
Enseignement de l'anthropologie, 340.
Enseignement médical libre. 13, 135, 150, 230, 246, 262, 329, 420, 426, 443, 480.
Enseignement professionnel de la mécanique, 343.
Enseignement supérieur (Co-éducation dans l'—), 477.
Entéro-anastomose, 57, 105.
Entorses (Traitement des — et des fractures des malléoles), 467.
Enucléation massive des goîtres, 276
Epanchements hémorrhagiques de la plèvre, 158.
Epidémie de cholérine, 296.
Epidémie de fièvre typhoïde, 48 ; — Etude clinique et statistique sur l'— de variole de Trieste, de 1892 à 1894, 193.
Epidémiologie, 3.
Epilepsie, 20, 216.
Epileptiques (Hospitalisation des —), 115.
Epiphocèles étranglées, 224.
Epiploon, 418
Epistaxis à répétition, 386.
Epithéliomas (Traitement des — par le bleu de méthyle, 408.
Epileptiformes (Accidents — d'origine expérimentales), 422.
Equinisme (Résistances à la condition de l'— dans le pied-bot), 285.
Ergotinine (Traitement de l'— dans les hémoptysies), 277.
Erlenmeyer, 65.
Erreurs judiciaires, 412.
Eruption scarlatiniforme, 57.
Esprit de jadis. 48.
Estomac (Action de diverses substances sur les mouvements de l'—), 40 ; Contribution aux études cliniques sur la dilatation de l'—), 42 ; — Sur l'éclairage électrique de l'—, 155 ; — Diététique de boas dans les affections de l'—, 207 ; Chirurgie de l'—, 404.
Etablissements de bienfaisance (Rapport général sur les —), 40 ; — insalubres, 63 ; — thermal d'Aix-les-Bains, 483.
Etat sanitaire en Asie, 152.
Ether (Accident dû à l'—), 102.
Etienne, 106, 111, 178, 147.
Etinger, 438.
Etude sur les entités morbides. Lois de morbidité, 59.
Etudes médicales (Réorganisation des —), 300 ; — Droits afférents aux — 310.
Etudiants en médecine étrangers, 61, 85 ; — L'appel des —, 370
Etudiants ès sciences, 371.
Etuves municipales de désinfection à Paris, 120 ; — sèches au camphène, 468.
Eudlitz, 9.
Exercice illégal de la médecine, 47, 63,
Exostoses (Deux cas d'— congénitales omniéphryseres, 467.
Exposition (Service médical de l'— de 1900), 6 ; 60, 93, 394. Service chirurgical, 74 ; — d'hygiène Lille, 236
Externat (Concours de l'—), 32, 396, 411, 441, 459, 495,
Extrophie (Traitement opératoire de l'— de la vessie), 422.

F

Facultés (Conseil général des —), 11 ; — Etrangères, 364.
Facultés de Médecine, 46, 215 ; Budget des —, 263. — F. de Beyrouth, 368. — F. de Bordeaux, 14, 31, 46, 119, 295, 395. — F. de Gand, 365. — F. de Genève, 365. — F. de Lausanne, 367. — F. de Laval et de Montréal, 368. — F. de Liège, 365. — F. de Lille. 96, 119, 263, 279. — F. de Lyon, 96, 411. — F. de Montpellier, 151, 279. 343, 395. — F. de Nancy, 151, 344. — F. de Paris, 14, 31. 46, 63, 79, 102, 119, 151, 166, 183, 198, 227, 231, 279, 299, 304, 345, 395, 427, 443, 481 ; — Stage hospitalier, 16 ; — Bâtiments de la —, 118 ; — Bibliothèque, 309 ; — musées, 309 ; prix, 304 ; laboratoires, — 309 ; — au Conseil académique, 473 ; — de Québec, 368.
Faculté de Médecine et de Pharmacie, 17 ; — F. de Bordeaux, 150, 181, 348 ; — F. de Lille, 151, 345 ; — F. de Lyon, 151, 279, 345, 395, 427 ; — F. de Toulouse, 352, 395,
Facultés des Sciences — F. de Lyon, 151. — F. de Paris, 151. 331, 411, 459, 497.
Faisceaux striés (Terminaison des nerfs sensitifs musculaires sur les —), 55,
Faradisation de l'utérus, 9.
Fargas, 493.
Fasano (A.), 239.
Faure, 28.
Faux témoignages (Suggestions criminelles au point de vue des —), 177.
Fédération médicale belge, 263.
Félizet, 254.
Femme (Criminalité de la —), 102 ; — Les — qui fument du thé, 196 : — Alcoolisme chez la —, 455.
Femmes-médecins en Autriche-Hongrie, 16 ; — en Russie, 484.
Féré, 7, 56, 406, 438, 470.
Fémur (Forme du corps du —), 28 ; — Evidement de la tête et du col du —), 275 ; Péri-arthrite coxo-fémorale de l'extrémité supérieure du —, 386.
Ferments (Les — solubles), 59 ; — Sur un nouveau — du sang, 406.
Ferrand, 192.
Ferrara (M.), 74.
Ferraz, 163.
Ferré, 129.
Ferri (E.), 162, 176.
Fêtes universitaires de Grenoble, 134 ; — du fœtus à l'école du service de santé de la marine, 199 ; — en l'honneur du Tzar, 244 ; Franco-russes et les médecins, 406.
Feulard, 58.
Fibres vaso-dilatatrices, 149.
Fibromes utérins (Crises épileptiques en —), 143 ; — Torsion du pédicule des — sous-péritonéaux, 453, 490.
Fibro-myomes (Hystérectomie abdominale totale pour —), 178.
Fièvre intermittente (Du traitement chez les enfants de la — parfaite à quinine), 173.
Fièvre quarte, 127.
Fièvre sur la thermogénèse, 55 ; — Pathogénie de la — traumatique aseptique, 131.
Fièvre typhoïde (Les huitres et la —), 7 ; — séro diagnostic de la —, 8, 27, 72, 254 ; — en France, 64. 79 ; — a Nancy, 102, — Sérodiagnostic de la —, 114 ; — à Paris, 120 ; — Etiologie de la —, 132 ; — en Turquie, 156 ; — Evolution thermométrique de la —, 160 ; — Lavements froids dans la —, 277 ; — Traitement de la —, 291, 385 ; — Perforations intestinales dans la —, 439.
Fillon, 131.
Fistule œsophago-pulmonnaire, 57 ; — Un cas de — de l'anus, 159 ; — Traitement des — vésico-vaginales par la suture transvésicale, 432.
Flaissières, 179.
Florand, 57.
Floresco, 385.
Fœtus (Sang des —), 385.
Foie (Augmentation du volume du — dans la cirrhose), 56 ; contusion du — et hémorrhagie intra-abdominale, 133 ; — Injection du —, 422 ; — cancer volumineux du — opéré, 473.
Folie (Guérison de la — et la durée de la maladie), 90.
Follet, 436, 451.
Follicolis et ses rapports possibles avec la tuberculose, 439.
Fondations hospitalières (A propos des —), 245.
Fontan, 404.
Forel, 162.
Forgue, 253, 283.
Formol (Désinfection pratique par le —), 132.
Formulaire aide-mémoire de la Faculté de Médecine, 256.
Formules, 13, 46, 62, 78, 182, 198, 214, 230, 262. 480, 497.
Fosses nasales (Thérapeutique des — des tissus de la face et du pharynx nasal), 259.
Fossiles (Etudes des — du terrain calcaire de Reims), 385.
Fournier, 8, 9, 58, 132, 401, 439.
Fournier (de Bruy), 161.
Foveau de Courmelles, 10.
Fractures (Traitement des — de la jambe par par l'extension continue), 8, — Du mécanisme des malléoles, 403.
Fragments osseux (Suture du sinus latéral déchiré par l'extraction d'un — enfoncé et nécrosé en partie par un coup de pied de cheval, 380.
Franck, 56.
Francotte, 117, 177.
Freemans, 55, 282, 294, 477.
Frigerio, 177.
Frœlich, 143.
Frœnckel 407.
Fromaget, 492.
Fulguration (Un cas de —), 184, 214.
Funck, 255.
Furst, 193.

G

Galezowski, 9.
Galliard, 87.
Gallois, 406.
Galton (F.), 177.
Ganea, 192.
Ganglion de Gasser (Extirpation du —), 41, 57, 97.
Gangrène spontauée de la verge, 439.
Garçons de laboratoire (Les — de la Faculté de Médecine de Paris), 29.
Garnier (P.), 87, 89, 92.
Garnier (de Nancy), 146, 159.
Garrauo, 163.
Gaucher, 58, 402, 439.
Gastou, 439.
Gaucher, 440.
Gastrostomie, 404.
Gastro-entérostomie, 404.
Gauthier, 224.
Gautier, 376, 386, 453.
Gavard, 209, 211.
Génie et folie, 232.
Genièvre (Recherches sur la toxicité du —), 164
Genou (Reflexes tendineux du — dans la syphilis, 461, 485.
Giard, 385, 470.
Gilbert, 224, 422.
Gilles de la Tourette, 470.
Girard, 383, 404.
Girard-Marchant, 57, 464.
Giraud, 90.
Gley, 55, 70, 385, 438, 470.
Glotte (De la dilatation de la — dans les spasmes laryngiens et dans le croup en particulier), 7 ; — De la dilatation de la — dans le croup, 27, 57 ; — Œdème de la —, 408.
Glover, 7.
Goitres, (Enucléation massive des —), 276 ; — Goitre exophtalmique, 382.
Golgi, 104.
Gonocoque (A propos de la spécificité du —), 72.
Gosso, 162.
Gouguenheim, 57.
Gouraud, 57.
Goutteux (Un régime alimentaire des—), 81.
Graisse (Rôle de la — dans le développement des hernies), 164; — Saponification des —dans le tube digestif. 386.
Granomaison, 455.
Grasset, 441.
Greffes épidermiques de Thiersch et des greffes italiennes, 28, 41.
Grippe (Etude clinique des formes pseudo- phymiques de la —), 192.
Grossesse (Un cas de — prolongée), 199 ; — à terme chez une rachitique à bassin vicié, 373.
Guide médical parisien, 160.
Guinard, 418.
Guinon, 4 4.
Guirand, 422.
Grasset, 281.
Gréhaut, 71.
Grimbert, 7.
Groote, 176.
Gross, 282, 379.
Grossesse (Traitement du placenta dans les cas de — extra-utérine avec fœtus mort, 406.
Gubillot, 405.
Guyesse, 385.
Guyon, 453.

H

Haab, 489.
Hallion, 71, 422, 453.
Hallopeau, 958, 408, 423, 439.
Hallucination, 115, (Pathogénie et physiologie de l' — de l'ouïe), 85.
Hamon du Fougeray, 383.
Hamel (Van), 163, 176.
Hanche (Contribution à l'anatomie pathologique de la luxation congénitale de la —), 206 ; — Nouvelle contribution a l'étude du traitement non sanglant de la luxation congénitale de la — 467.
Hanot, 56, 72, 294.
Hanriot, 386, 406, 407, 408, 437.
Hartenberger, 176.
Hartmann, 405, 420, 439.
Haushalter, 109, 111.
Hayem, 72, 292, 375, 386, 453, 454.
Helperich, 41.
Hématémèses chez un neurasthétique, 142.
Hématrophie linguale, 133.
Hémoglobine (Sur l'— médicale), 5.
Hémorroïdes (Le traitement des — par le procédé Witchead), 419.
Hémorrhagies vulvaires des enfants, 292 ; — Traitement des — par le procédé de Witthead, 419.
Henneguy, 149.
Hennequin, 8.
Hérédité croisée, 115 ; — L' — en psychopathologie, 249.
Héricourt, 108.
Hernie (Traitement de la — inguinale chez l'enfant par les injections de chlorure de zinc, 27 ; — Rôle de la graisse dans le développement des —, 164 ; — traumatique du pancréas, 236 ; — vaginales et vagino-labiales, 273 ; — étranglée, 419 ; — deux observations rares de —, 419 ; — crurale, 455.
Hervé, 239.
Hervieux, 179, 254.
Hervouet, 148, 159.
Heydenreich, 111, 274, 419.
Heymans, 55.
Histologie des réunions séro-séreuses intestinales, 132.
Histothérapie appliquée aux maladies, 440.
Hobles, 143, 175.
Hogerstedt, 193.
Holsti, 208.
Hommages a Pasteur, 167, 498; — à E. Séguin, 76, Bouteiller, 243 ; — a J. Simon, 498.
Homme de science méconnu : Laurent (A.), 118 ; — De la morve chronique chez l'—, 423.
Hopital international de Paris, 329, 372.
Hopitaux. — Enseignement clinique dans les —, 327 ; — H. et services de prompts secours, 26 ; — H. d'Angicourt, 396 ; — H. de l'Association des dames françaises à Paris, 6 ; — H. de Bordeaux, 32, 47, 120, 263, 499 ; — H. de Clermont-Ferrand, 96 ; — H. de Constantinople, 500 ; — H. du Hâvre, 149 ; H. de Lyon, 280 ; — H. maritime en Islande, 247 ; — H. de Lille, 482, 498 ; — H. de Paris, 47, 63, 80, 215, 231, 263, 279, 295, 314, 369, 411, 428, 498 ; — Corps médical des —, 245 : — Isolement des tuberculeux, 96 ; — Concours d'internat, 247 ; — Internat des —, 297 ; — H. Bichat, 179 ; — H. Boucicaut, 428 ; —H. de Clichy, 29 ; H. des Enfants-Malades, 375, 482 ; — H. de Reims, 483. — H. Saint-Louis, 15 ; — H. de Lyon, 295 ; — H. Saint-Antoine, 375 ; 428 ; — H. de Pékin, 165 ; — H. de la Roche-sur-Yon, 168 ; — H. de Rouen, 280 ; — H. de Villiers sur-Marne (Le Président de la République a l'—), 63. — Concours d'Externat, (liste), 495.
Hospices. — Sans malades dans le Wurtembourg, 184 ; — H. d'Aubervilliers, 295 : — H. de Caen, 238 ; — H. de Chaumont, 412 ; — H. de Marseille, 195, 393 ; — H. de Nîmes, 393 ; — H. des Quinze-Vingts, 232 : — H. de Reims, 63 ; — H. de Saint-Pourçain, 32 ; — H. de la Salpêtrière, 15, . 2, ; H. de Tours, 392.
Hospices de Beauvais, 205.
Hospitalières (Fondations —), 489.
Hôtel-Dieu d'Orléans, 80 ; — de Reims, 483.
Hôtel des Sociétés savantes, 341.
Hublé, 193
Huchard (H.), 474.
Huile grise (Pratique des injections d'—), 161.
Huile d'aniline (Paralysie générale consécutive a une intoxication suraiguë par les vapeurs d' —), 118.
Huitres (Les — et la fièvre typhoïde), 7.
Hydrates (Propriétés des —), 220.
Hydrologie, 60.
Hydronéphrose (De l'— et de son traitement), 276, 421, 422 ; — Crises d'—, 433.
Hydrorrhée (Sur un certain cas d' — consécutive aux opérations pratiquées sur les organes du petit bassin chez la femme, 420.
Hydrothérapie dans les facultés d'Autriche-Hongrie, 120.
Hygiène, 72 —, alimentaire, 81, 16, — et décence publique, 54 ; — dans les nouvelles prisons de la Seine, 61 ; — des habitations à Paris, 63 ; — Economiques de la Plaine-Saint-Denis, 72 ; — et assistance publique en Belgique et en Hollande, 73 ; — des expéditions européennes dans les pays tropicaux, 73 : — à Madagascar, 167 ; — chez les pêcheurs d'Islande, 184 ; — des troupes, 215 ; — des infirmiers et infirmières et en particulier de leurs logements, 240 ; — internationale, 412.
Hygiène a Paris, 47 ; — des pêcheries, 136, 140.
Hygiène vétérinaire, 120.
Hyperleucocytose après la saignée et la révulsion, 132.
Hyperchlorhydrie (De l'—), 159.
Hypérostose cranienne chez une femme épileptique, 116.
Hypnotisme et vol, 48 ; — Du traitement des tremblements par l'—, 89 ; — chez les oiseaux, 245.
Hypochondre, 420.
Hystérectomie abdominale totale pour fibromyome, 178, 437, 469 ; — vaginales, 436, 452.
Hystérie à forme hépatique, 71.
Hystéroclastique (Pouvoir — des réflexes pharyngiens et cutané), 292.
Hystéro-paludisme, 174.
Hystéro-traumatisme (Troubles attribués à l'—), 407 ; — Association des névrites et de l' —, 468.

I

Idiotie (Nouveau cas d' — avec cachexie pachydermique après le traitement), 7 ; — Monstruosité physique et morale, 20 ; — symptômatique d'atrophie cérébrale, 185.
Ignorance, 248.
Imagination (Peut-on concevoir par la force de l' —), 196.
Immunisation et sérothérapie antistaphylococciques, 131.
Imputrescibilité du sang rendu incoagulable par l'extrait de sangsues, 238.
Indigents (L'admission des — sur les listes de l'Assistance publique), 478.
Infection paludéenne chez les animaux, 10,
Injections péri-urétrales, 433.
Infection urinaire (Sérothérapie de l' —), 113.
Infezione tuberculare, 194.
Infirmières (Les — à bicyclette), 229.
Infirmières et chirurgiens, 212.
Infirmiers et infirmières (Hygiène des — et en particulier de leurs logements), 240.
Infirmière laïque (Une —), 11.
Inflammations interstitielles (De la signification anatomique des —), 113.
Ingénieurs sanitaires de France, 292.
Innervation de l'estomac, 40.
Insanity avec la criminologie, 177.
Inscriptions (Formalité à remplir), 303 ; — Consignation et travaux pratiques, 303.
Institut antirabique de St-Pétersbourg, 120.
Institut international de Bibliographie, 44.
Istitut Pasteur, 15, 335 : — de Lille, 459,
Institut psycho-physiologique, 393.
Institut Verneuil a la Boule, 229.
Institution nationle des Sourds-muets, 327.
Internat (Concours des prix de l' —), 32, 215 ;

— des hôpitaux de Paris, 244, 297 ; — L' — en pharmacie des asiles, 326.
Internement des aliénés, 90 ; — en Angleterre, 91.
Internes de Bicêtre et les déboires de l'élevage, 32.
Internes en pharmacie, 231.
Intoxication produite par un lavement contenant 40 gr. d'acide borique, 56 ; — gastro-intestinale chez les névropathes, 206 ; — due à du cidre, 277 ; — arsenicale, 440.
Invasion (L' — de la surdité), 216.

J

Jaccoud, 377.
Jacobs, 435, 465.
Jalaguier, 290, 472.
Jalousie et tuberculose, 193.
Jambe (Traitement des fractures de la — par l'extension continue), 8 ; — Ostéotomie dans les fractures de —, 57.
Javal, 164;
Janus, 480.
Jeuneuse (Une nouvelle —), 229.
Joffroy, 401.
Jolly, 453.
Jolyet, 494.
Jonnesco, 272, 274, 382, 419, 465.
Josué, 454, 470.
Jouin, 440.
Journaux de médecine en France, 361.
Jullien, 419.
Jumeaux (Cinq — et réclame médicale), 214.
Journaliste aliéné, 496.
Journalistique, 120, 369, 449.
Jubilé de Roussel (Th.), 483.
Jurisprudence médicale, 247.
Jurisprudence pharmaceutique, 212.

K

Kaufmann, 55.
Kelsch, 438.
Kirmisson, 41, 58, 290, 387, 408, 439.
Kocher, 272, 382, 405.
Klein, 237, 438,
Kœnig, 424, 493.
Krehl, 59.
Kummer, 10.
Kyste séreux du cou avec prolongement médiastinal, 58 ; — hydatique, 72 ; — a grains riziforme du poignet, 133 ; — de la dure-mère, 185 ; — hydatique du poumon, 384 ; — dermoïde du bassin ouvert dans la vessie, 423 ; — congénitaux du cou, 438.

L

Labadie-Lagrave, 470.
Laboratoire de bactériologie à Paris, 120 ; — a Angers, 183.
Laboratoire de Banyuls-sur-Mer, 168.
Laboratoire régional de bactériologie en Normandie, 168.
Laborde, 439.
Lacassagne, 162.
Lachaud, 219.
Lachenal (A.), 162, 205.
Lactescence et opolescence du sérum sanguin chez les albuminuriques, 423.
Ladame, 162, 208.
Lagneau, 179, 238.
Lait (Nécessité de la stérilisation du — immédiatement après la traite), 72 : — antiphtérique, 109 ; — en Russie, 371 ; — Intoxication saturnine par le —, 453 ; — stérilisé à Paris, 483.
Lalesque, 494.
Lamacq (L.), 88, 117.
Lampe à Paris au XVe siècle, 455.
Lamy, 71.
Lancereaux, 56, 254.
Langenhagen, 149.
Ladelle, 470.
Langlois, 41, 407, 422.
Lannelongue, 27.
Lannois, 147, 454.
Laporarotomie (De la — dans les contusions de l'abdomen), 418.
Lapin (Evaporation cutanée chez le —), 55 ; — Mécanisme de l'immunité du — contre le pneumocoque, 113.
Larger, 381.
Laryngite tertiaire grave traitée par les injections de calomel, 58.
Laucial, 382.
Laurent, 117.
Laurent (A.). Un homme de science méconu, 118.
Laval (Ed.), 160, 173.
Lavements froids dans la fièvre typhoïde, 277.
Le Bec, 448.
Le cercle, 55.
Leçons de clinique médicale, 225.
Lédé, 9, 208, 238.
Le Dentu, 273, 282, 401.
Lefèvre, 239.
Lefilliatre, 89.
Legendre, 72, 423.
Léger (E.), 212.
Legrain, 164.
Legueu, 58, 387, 421.
Lejars, 378, 423, 455.
Lejeune, 176.
Lemaitre, 425.
Lemoine, 71, 113, 133, 385.
Lenoble, 453.
Lépine, 451.
Lèpre et aïnhum, 71, 131, 164 ; — Radiographies d'un cas de —, 149 ; — La — en Islande, 165 ; — en Allemagne, 184, 247.
Lereboullet, 385.
Leredde, 439.
Leriche, 381.
Lermoyez, 259, 386, 408.
Leucocytes (Source des — dans la suppuration), 470.
Leuco-Kératose (Nouvelles considérations sur la —), 273.
Levassort, 207.
Levchine, 272.
Lévy, 117.
Libéralité (Magnifique — d'un médecin), 371.
Libraire (Vengeance de —), 28, 118.
Lichen scrofulosum, 58, 450.
Ligatures (Les — apophysaires), 381 ; — des veines après la ligature, 422.
Ligue nationale contre l'alcoolisme, 427.
Linossier, 146.
Lipose (Sur la répartition de la — dans l'organisme), 437.
Liqueur de Boudin, 8.
Liquide céphalo-rachidien (Examen comparatif au point de vue bactériologique et chimique du —), 147.
Livache, 9.
Logements (Hygiène des infirmiers et infirmières et en particulier de leurs —), 240.
Loi sur les universités, 30, 396, 483.
Les lois sur les aliénés, 90, 115.
Lombard, 209, 275, 291, 384, 406, 429, 437, 453, 469.
Lombroso, 162, 176.
Long, 58.
Longuet, 453.
Loumeau, 433.
Lucas-Championnière, 133, 282, 291.
Lucicia, 210.
Luschka, 268.
Lymphatiques (La théorie de la confluence des — et la morphologie du système — de la grenouille), 469.
Lypémanie, 115.

M

Macedo (F. de —), 177.
Mac Monagle, 437.
Madagascar (Etat sanitaire à —), 371.
Madame une Telle et Ce, médecine, 261.
Madère (Un séjour à — et aux Canaries), 239.
Madura (Un cas de pied de — 438.
Magnan, 33, 121, 132.
Magnant, 132.
Maheu, 28.
Main (Aphasie de la — droite chez un sourd-muet), 281.
Maison (Assainissement de la —), 9 ; — La — de Bichat, 179 ; — nationale de Charenton, 327 ; — Dubois, 394 ; — de santé de Saint-Lazare, 483.
Malades (Certificats délivrés aux —), 243 ; — Les — et le droit de timbre, 479.
Maladie (La — de Madame de Sévigné), 196.
Maladie d'Addison avec absence de capsules surrénales, 149.
Maladies contagieuses (Instruction pour les familles d'écoliers atteints de —), 77.
Maladies épidémiques et sages-femmes, 179.
Maladie de Fauchard, 71.
Maladies (Thérapeutique des — des fosses nasales, 249 ; — Evolution des — virulentes, 422 ; — Origine des — infectieuses, 438.
Maladie mentales et nerveuses (Sérums dans le traitement des —), 157 ; — infectieuses, 454.
Malaria (Etude sur la —), 193.
Malarewski (J.), 177.
Malherbe, 422, 468.
Malléoles (Du mécanisme des fractures des —, 403.
Maltase de l'Aspergillus niger, 407.
Mangin Bosquet, 224.
Manœuvres du Dauphiné (Le service sanitaire des —), 164.
Manouvrier, 180.
Manussi, 193.
Macquart, 175.
Maragliano, 194, 233, 239. — Relazione sul siero — nella cura delle tuberculosi pulmonare, 239.
Marchant, 58, 423, 473.
Marche (Recherches sur la —), 470.
Marcy, 470.
Marfant 57, 72, 375.
Mariage (La sélection dans le —), 126 ; — dans le Connecticut, 412.
Marie (A.), 178, 211.
Marie, 87, 91, 93, 225, 454.
Marinesco, 41, 115, 407.
Marmier, 399.
Martha, 73.
Martin, 291, 437.
Massage dans les Hopitaux, 499.
Massalongo, 74.
Massart, 448.
Massy, 10.
Mastite chronique, 55.
Mathias-Duval, 182.
Matignon, 239.
Maurange, 388.
Maurel, 111, 132, 148, 159, 406.
Maury, 422.
Maus (J.), 176.
Maxillaire (Sur le maintien de la portion restante du —), 381 ; — inférieur, 423.
Mayet, 106, 129, 454.
Médaille d'or, 279.
Médecine dans l'armée, 232 ; — dans les tribunaux, 280 ; — La — et les médecins dans les théâtres de Paris pendant la saison de 1896, 455, 476, 494 ; — Science et —, 489.
Médecine légale, 480.
Médecine opératoire, 17, 49, 66, 97, 137, 169, 201, 265, 413, 445.
Médecins (Les — et Paul Verlaine), 182 ; — du traitement a domicile, 369 ; — Ordre des —, 463 ; — adjoint au maire, 484.
Médecins amants, 391.
Médecin de l'amour et le médecin des magnans, 228.
Médecin anarchiste, 247.

MÉDECINS artistes, 16.
MÉDECINS candidats au Sénat, 432.
MÉDECINS centenaires, 66.
MÉDECINS, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, 321.
MÉDECINS conseillers généraux, 156, 168, 500.
MÉDECINS CONTEMPORAINS : — Huchard (H.), 474.
MÉDECINS députés, 15.
MÉDECINS se battant en duel, 500.
MÉDECINS encyclopédistes, 409.
MÉDECINS de l'état civil, 14.
MÉDECINS et l'enseignement, 477.
MÉDECINS étrangers et certificats, 32.
MÉDECINS et les fêtes en l'honneur du Tzar, 410.
MÉDECINS faiseurs d'ange en Angleterre, 199.
MÉDECIN au Grand-Orient, 232.
MÉDECINS hommes politiques, 484.
MÉDECIN homéopathe (L'affaire du —), 442.
MÉDECINS inspecteurs des écoles, 460.
MÉDECINS légistes, 412.
MÉDECINS des lycées, 443, 460.
MÉDECINS maires, 499.
MÉDECINS-MAJOR en Conseil de guerre, 394.
MÉDECINS et maladies contagieuses, 394.
MÉDECINS de la marine marchande, 222.
MÉDECINS militaires et coloniaux à Madagascar, 412.
MÉDECINS et mutualistes, 191.
MÉDECINS ordinaires et médecins de Prince, 165.
MÉDECIN prêtre, 168.
MÉDECIN professeur vilipendé par les étudiants, 247.
MÉDECIN psychologue, 263.
MÉDECINS à la revue de Châlons, 371.
MÉDECINS russes, 412.
MÉDECINS sénateurs, 168, 199.
MÉDECINS viennois et l'assurance contre les maladies, 48.
MÉDECINS poètes : Jean Lahor, 156.
MÉDECINS sénateurs, 412.
MÉDECINS et tribunaux, 296.
MÉDICAMENTS (Diffusion électrique des —), 10.
MÉLANODERMIE (Un cas de — par suite de l'emploi intérieur thérapeutique de l'arsenic), 206.
MENANT, 390.
MÉNARD, 113, 466.
MENDEL, 58.
MÉNÉTRIER, 72, 454.
MÉNINGITE (Effets de la tuberculine dans un cas de — tuberculeuse, 388.
MENSTRUATION (Sur l'influence de la — sur l'excrétion de l'acide urique), 160.
MERLIN (L.), 448.
METAXAS-ZANI, 378.
MÉTHYLE (Traitement des épithéliomas par le bleu de —), 408.
MÉTRORRHAGIES (Angio-sclérose et — rebelles), 840.
METTETAT, 185.
MEYER, 143.
MICHAUX, 17, 266, 418.
MICROBE de la variole, 372 ; — Incertitude du diagnostic de la nature par leur agglomération du —), 422.
MIGRAINES (Les équivalents de la —), 117.
MIRALLIÉ, 225.
MISOIR (La parole en —), 418, 441 ; A propos de l'écriture en —, 473.
MISLOWSKY, 56.
MISSIONS scientifiques, 183, 263, 484.
MŒLLE (Lésions cellulaires de la — épinière dans le tétanos), 41 ; — Sur les relations entre la — épinière, la distribution et les lésions des vaisseaux sanguins, 74 ; — Contribution anatomo-pathologique de la — dans la fièvre typhoïde, 143 ; — Recherches sur la structure de la — allongée, 260.
MOLLUSCUM de Bateman, 160.
MONCORVO, 386.
MONGOUR, 174.
MONNIN (E.(60,
MONO-ARTHRITE déformante coxo-fémorale, 72.
MONOD (Ch., 420, 439.
MONOD, 27, 71, 132, 292, 385.
MONOPLÉGIE faciale d'origine capsulaire, 118.
MONPROFIT, 275, 405, 469.
MONUMENTS : — Archereau, 80. — Chabrely à Bordeaux, 14. — Charcot, 410. — Guérin à Ploermel, 79, 151, 105 — Lavoisier, 168. — MAILLOT 263, 278. — PASTEUR, 44, 47, 167, 172, 215, 228, — et l'Allemagne, 120. — QUESNAY (Inauguration du — du Dr Fr. —), 150. — Sauria, 440. — Sauvages (A. de), 228.
MORAX, 425.
MORPHOLOGIE des lampes antiques, 455.
MORT causée par les guêpes, 232 ; — naturelle du vieillards a Paris, 389.
MORTALITÉ à Paris, 14, 31, 46, 63, 79, 95, 119, 136, 151, 166, 183, 198, 215, 231, 246, 263, 279, 295, 378, 395, 411, 426, 443, 458, 481.
MORTALITÉ des medecins, 477.
MORTILLET (G. de), 182.
MORTON, 10.
MORTS violentes en Angleterre, 64.
MORVE (De la — chronique chez l'homme), 423.
MOSNY, 113.
MOTAIN, 454.
MOTY, 71, 453, 468.
MOULAGES de pieds bots, 379.
MOURET, 157.
MOUSTIQUES (Défenses contre les —), 48, 209.
MOUTRIER, 73.
MUISSEY, 407.
MUCAS (Evolution pathologique du —), 470.
MUSCLE trachéral, 385.
MUSÉUM d'histoire naturelle, 333, 481.
MUSICIENS (Etat cérébral des —), 484.
MUSSET (Alfred de —), 230, 391.
MUTUALISTES (Médecin et —), 191 ; — maternelle de Paris, 209 ; — maternelle, 215.
MYCOSES cervicales, 283.
MYCOSIS fongoïde, 58.
MYÉLITES consécutives à l'action des toxines microbiennes, 115.

N

NAECKE, 163, 176.
NAGEOTTE, 438.
NAINE (Une—), 16.
NANISME relatif, 20.
NATALITÉ à Paris, 14, 31, 46, 63, 79, 95, 119, 136, 151, 166, 183, 198, 215, 231, 246, 263, 279, 295, 370, 395, 411, 426, 443, 458, 481.
NÉPHRECTOMIE grave, 275 ; — secondaire, 422.
NÉPHRITE (Pathogénie de la — aigue a frigore), 74.
NÉPHROPEXIE et hépatopexie similaires, 420 ; — De la —, 420.
NAPIAS, 205.
NÉCROLOGIE : *Aldibert*, 168. — *Allaux*, 428. — *Ackermann*, 444. — *Adams*, 444. — *Berthet*, 460. — *Bano (J.)*, 96. — *Batailley*, 396. — *Ph. Barraud*, 460. — *Batard*, 96. — *Baudré*, 168. — *Baumann*, 396. — *Belohradsky*, 264. — *Benceur*, 48. — *Bernard (G.)*, 120. — *Berthiaume*, 16. — *Bierchy*, 264. — *Bibliotte*, 500. *Bocquet*, 428. *Boeckel (E.)*, 428. — *Bon (de Saint-Hilaire-des-Forges*, 152. — *Bourgeois*, 396. — *Bouhon*, 428. *Bride*, 372. *Bruny*, 216. *Boussuge*, 460. *Besnard*, 460. — *Bureau*, 216. *Burnier*, 396. *Callender*, 200. — *Cantalamessa*, 152. — *Carrière*, 168. — *Chrypaphise*, 444. — *Carton (G.)*, 444. — *Castillau*, 96. — *Chalamet*, 280. — *Chambers (Th.)*, 372 — *Champouillon*, 263. — *Champy*, 263. — *Cheron (P.)*, 296. — *Clerault*, 216. — *Cochard*, 32. — *Combes (A.-I.)*, 396. — *Converset*, 232. — *Converset (J.)*, 80. — *Costa Leite (M.-M. de)*, 264. *Coyteux*, 232. — *Coze*, 263. *Croux*, 372. — *Cuilleret* 16. — *Collet*, 445. — *Curtman*, 48. — *Dayenais*, 248. — *Duchenne*, 444. — *Damos*, 152. — *Deausse*, 248. — *Déclat*, 444. — *Denneuse*, 444. — *Delahaye*, 372. — *Demeurat*, 152. — *Desgranges*, 152. — *Despres*, 93. — *Ducasse*, 372. — *Duncan Macdonal*, 168. — *Dubourg*, 460. — *Duportal*, 96. — *Eméry*, 48. — *Escalona (J.-M.)*, 96 — *Finkelburg*, 32. — *Fizeau*, 216. — *Flores (A.)*, 64. — *Frey (Von)*, 96. — *C. de Friess*, 460. — *Fréderick*, 444. — *Garnier*, 200. — *Girard*, 64. — *Glœsel*, 152. — *Godard*, 200. — *Gordland*, 168. — *Grandmaison*, 428. — *Creuzard*, 264. — *Grugard*, 248. — *Guerard*, 216. — *Guillaud*, 120. — *Gunther*, 200. — *Hanot*, 293. — *Harley (G.)*, 372. — *Helot*, 248. — *Herder (Von)*, 200. — *Herr*, 428. — *Hodgen*, 248. — *Humphry (G.-M.)*, 232. — *Hun*, 96. — *Jean (de Limoux)*, 263. — *Jourdan*, 412. — *Kanitz*, 200. — *Kerry (R.)*, 372. — *Keshineff*, 180. — *Kikulé*, 64. — *Kuenemann*, 168. — *Lagneau*, 166. — *Lamb*, 48. — *Langdon Down*, 372. — *Le Batard*, 96. - *Lebreton*, 264. - *Leclaire*, 168. - *Leclerc*, 500. — *Lefèvre* 280. — *Legrand*, 412. - *Leroux*, 30. — *Lewin*, 372. — *Lhoste*, 263. — *Lilienthal*, 136 — *Lecomte*, 460. — *Livezey*, 248. — *Mac Cornell*, 248 — *Nahé*, 420. — *Margo*, 200. — *Mantin (H.-N.)*, 396. — *Martin (de Constantine)*, 216. *Massin*, 200. — *Martines (d'Alger)*, 152. — *Maurice (V.)*, 152. — *Moloney*, 264. — *Montaz*, 152. — *Morrant Bakes*, 372. — *Morand*, 264. — *Mourraud* 396. — *Moyettoz*, 372 — *Mueller*, 428. — *Muller (F. de)*, 264. — *Nicaise*, 95. — *Olivier*, 372 — *Placet*, 460. — *Pajot*, 78. — *Pétaux*, 412. — *Petiteau*, 152. — *Picard (Guebviller)*, 396. — *Porwell*, 216 — *Ralfa*, 48. — *Rat*, 248. — *Raud*, 200. — *Raulin*, 232. — *Rech*, 624. — *Rouss*, 152. — *Rochard*, 197. — *Rogron*, 232. — *Roquebert*, 168. — *Rosner*, 168. — *Ross*, 200. — *Rousseau*, 232. — *Roux (B.)*, 412. — *Rudinger*, 168 — *Roux*, 460. — *Ruelle*, 200. — *Ward-Richardson*, 444. — *Sachs (Th.)*, 16. — *Sacquépée*, 168. — *Salomon*, 166. — *Salsas (Ch.)*, 168. — *Same*, 296. — *Saunier*, 372. *Schiff*, 264, 370. — *Simon (Ch.)*, 168. — *Smirnow*, 372. — *Smith (G.-F.)*, 200. — *Sordet*, 412. — *Souplet*, 232. — *Stevens*, 96. — *Straus*, 457. — *Tanner*, 296. — *Teissier (J.-F.)*, 96. — *Trastour*, 248. — *Trécul*, 294. — *Truchetet*, 232. — *Uminsky*, 16. — *Vacary*, 168. — *Vaguet*, 280. — *Vaillant*, 412. — *Vaunaire*, 168. — *Vauiot*, 168. — *Vialle (P.)*, 263. — *Villard (C.)*, 296. — *Virscher*, 48. — *Voguet*, 372. — *Wagnier*, 200. — *Wedrychowski*, 460. — *Wenzal (E.)*, 396.
NAVARRE, 226.
NÉLATON, 28, 387, 408.
NÉPHROTOMIE (De la — dans l'hydronéphrose), 421.
NERFS (Terminaison des — sensitifs musculaires sur les faisceaux striés), 55 ; — Elongation des — comme traitement des névrites, 71 ; — laryngé supérieur, fibres vaso-dilatatrices 149 ; — périphériques, 407.
NERVOSITÉ (La — d'Alfred de Musset), 230.
NEURASTHÉNIE et paralysie générale, 117.
NEURASTHÉNIQUE, 71 ; — Hématémèses chez un —, 142.
NÉVRALGIE rebelle du maxillaire inférieur, 381.
NÉVRITES (Elongation des nerfs comme traitement des —), 71 ; Association des — et de l'hystérotramatisme, 468.
NÉVROPATHES (Intoxication gastro-intestinale chez les —), 206.
NEZ (Documents pour la chirurgie du —), 381.
NICOLAS, 71, 453.
NIZZONI, 110.
NOIR, 20, 28, 72, 176.
NOIR animal (Etude des propriétés du —), 220.
NOMINATIONS, 15, 460.
NOMS propres (Des — en anatomie), 412.
NORMAUX (Tremblement chez les —), 89.
NUCLÉO-ALBUMINURIE (Sur quelques cas de —), 145.
NYSTAGMUS vibratoire de nature hystérique provoqué dans l'hypnose, 89.

O

OBÉSITÉ, 20.
OBSTÉTRIQUE, 82, 373.
ODEURS de Paris, 135, 389.
ŒDÈME de la glotte, 408.
O'DWYER, 27.
ORA OLFACTIF (Epileptique avec —), 470.
ŒSOPHAGE (Diverticules de l'—), 401.
ŒSOPHAGOTOMIE externe, 472 ; — Trois cas d'— externe pour l'extraction de corps étrangers, 476.
ŒIL (Les corps étrangers migrateurs de l'— de leur extration), 153.
ŒUVRE des enfants tuberculeux, 47.
OISEAUX (L'hypnotisme chez les —), 245.
OLIGURIE avec accidents urémiques, 421.
OLLIER (de Lyon), 282, 378.
OMBONI, 266.
ONIMUS, 128.
OPÉRATIONS (Les — pratiquées sur les vaisseaux veineux du cou), 17 ; — de Phelps, 288 ; — Une — césarienne à la campagne, 373.

OPHIDIENS (Toxicité du sang des —), 71.
OPHTALMOLOGIE, 153, 189, 492.
OPHTALMOPLÉGIE (Double — familiale héréditaire), 438.
OPHTALESCOSCOPIE (Traité d'—). 492.
OPIUM (Analyse des troubles psychiques de l'—), 117.
ORCHIDOPEXIE, 433.
ORDRE des médecins, 463.
OREILLE de Mozart, 140.
OREILLE (Inflammations aiguës ou chroniques de l'— moyennes), 383
ORTEIL (Sur un cas de fracture simple et de déplacement de la première phalange du gros —), 467.
ORTHOPÉDIE (Une chaire d'—), 282.
OSSEMENTS animaux provenant de Langerie, 239.
OSTÉOME du maxillaire inférieur, 423.
OSTÉOSARCOME (La résection et la désarticulation dans les —), 467
OSTÉOTOMIE dans les fractures de jambe, 57.
OTITES (Complication intra-craniennes des —), 387, 408.
OTTO JOSUÉ, 71.
OUDIN, 112.
OUIE (Pathologie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'—), 85,
OURSIN (Gangrène particulière à l'—), 385,
OSARCINE (Essai du traitement de la chlorose par l'—), 147.
OXALURIE (De l'—), 192.
OXYDE de carbone (Intoxication par l'—), 292.

P

PACHYMÉNINGITE, 185.
PAGELLO (P.), 391.
PAGET (S.), 259.
PAILHAS, 162.
PALAIS des internes, 298.
PALIGNY (D.), 225.
PALUDISME (Le —), 194.
PANAS, 403, 438.
PANCRÉAS Hernie traumatique du —), 236 ; — Sur le pouvoir zymotique du —, 285.
PANSIER, 492.
PANTALONI, 469.
PARALYSIE (Observation de — radiculaire du plexus brachial), 7 ; — arsenicale chez une petite fille de 7 ans, 8 ; — arsenicales, 56 ; — générale à longue durée, 115 ; — générale et neurasthénie, 117 ; — Les délires systématisés dans la — générale, 121 ; — Sur un cas de — labio-glosso-laryngée, 143 ; — Dix cas de — laryngée de cause chirurgicale, 382.
PARALYTIQUES généraux Les attaques apoplectiformes et épileptiformes des —, 217.
PARANT, 74, 89.
PARENT, 424.
PARAPLÉGIE spasmodique familiale, 115.
PARINOT, 424.
PARIS, 91.
PARISOT, 89, 117, 143.
PAROLE (La — en miroir), 418, 441.
PARRIOT, 406.
PAVAGE EN BOIS, 496.
PATENTE des médecins, 64.
PAYNE (Th.), 215.
PÉAN, 7, 291, 404, 420, 446, 451, 454.
PEAU (Altérations trophiques de la —), 277,
PÉCHARMAN, 33.
PÊCHES (Hygiène des —), 499.
PÉLADE (Les origines de la —), 9.
PEPTONE (Action coagulante de la —), 470.
PERCHLORURE (Sur un nouveau procédé pour déceler la présence du — de fer en présence d'autres sels ferriques), 475.
PEMPHIGUS, 439.
PERCUSSION auscultée, 206.
PEREIRA-GUIMARAES, 236.
PERFORATIONS (Sur le diagnostic et le traitement des — intestinales dans la fièvre typhoïde, 385) — intestinales dans la fièvre typhoïde, 439.
PÉRIER, 71.
PÉRINÉE Etat du —), 456.
PÉRITONITES (Les — dans la fièvre typhoïde et leur traitement), 291 ; — par perforation de la vésicule biliaire, 386 ; — par perforation, 454.
PERSÉCUTÉS processifs, 177.
PERSÉCUTIONS (Délire des — à double forme), 116.
PERSONNALITÉ (Transformation de la —, 117 ; — Quelles sont les mesures propres à faire reconnaître la — physiologique et morale du prévenu, 176.
PERSONNEL médical des hôpitaux, 321 ; — des asiles d'aliénés, 326.
PESSAIRE intra-utérin, 72.
PESTE (Sérothérapie de la —), 120, 132 ; — aux Indes anglaises, 23?, 247 263, 296, 460.
PETIT, 72, 440.
PEYRON, 226, 243, 256, 390.
PEYROT, 133, 224, 455.
PHARMACIE, 120 ; — L'exercice de la —, 165 ; — centrale des hôpitaux, 321.
PHARMACIES (Fermeture des — le dimanche), 63
PHELPS (Opération de —), 288.
PHÉNOMÈNES chimiques (Observations et interprétations de —), 219
PHISALIX, 71, 438.
PHLÉBITE rhumatismale avec autopsie, 112 ; — des sinus et septico-pyohémie, 381 ; — faciale et ophtalmique, 382.
PHOBIE de la rougeur, 117.
PHOCAS, 378.
PHOTAKIS, 11.
PHOTOGRAPHIE Rœntgen, 56 ; — de caveaux, 389.
PHTISIE (Essai de sérothérapie de la — pulmonaire), 283.
PHTISIQUES (Pourquoi et comment on devient —), 224.
PHYSIOLOGIE, 219.
PIC, 113, 157, 159.
PICHENOT, 116.
PICHEVIN, 9, 72, 440.
PICON, 55.
PICOT, 143.
PICQUÉ, 57, 212, 272, 405.
PIÈCES anatomiques (Conservation des —), 132.
PIED BOT varus équin congénital invétéré, 58, 290, 377 ; — Traitement du —, 133 ; — Thérapeutique des — 283 ; — Traitement du — congénital, 378.
PIEDRA NOSTRAS (Ueber —), 73.
PIEDS plats (Pathogénie des déformations de —), 380.
PIERRET, 217.
PIETRA-SANTA, 431, 458, 464.
PIGEONS (L'avenir des — voyageurs dc la clientèle médicale à la campagne), 150.
PIGMENTS normaux, 453.
PILLIET, 260.
PINARD, 7, 455.
PITHECANTHROPUS erectus (Le —), 180.
PITRES, 84, 101, 102, 117, 175.
PLACEMENT des aliénés, 92.
PLACEMENT d'enfants (Industrie des —), 47.
PLACENTA (Traitement du — dans les cas de grossesse — utérine avec fœtus mort, 464.
PLAIDEURS incorrigibles, 177.
PLAIE de la vessie par emplacement, 422.
PLASMAS (Sur le rôle des — et des chlorures dans l'organisme, 7 ; — Sur la présence de la propriété agglutinante dans le — sanguin, 238.
PLASMASE, 385.
PLEURÉSIE (Note sur un signe particulier de la sèche dyaphragmatique, 149 ; — purulente et pleurotomie, 169 ; — douleur latente, 174, — De la décortication du poumon dans la —, 383 ; — Structure de l'exsudat fibrineux de la — aseptique, 385.
PLEURÉTIQUE (Sur l'auscultation du —), 148,
PLEUROTOMIE (Pleurésie purulente et —), 169.
PLÈVRE (Epanchement blennorrhagique de la —), 158 ; — Chirurgie de la — pulmonaire, 255.
PLOMBIÈRES (Eau de —), 175.
PNEUMECTOMIE (Chirurgie du poumon dans la —), 445.
PNEUMOKONIAUSES (Relation des —), 71,
PNEUMONIE (Traitement de la — par le sérum artificiel), 277
PNEUMOTHORAX médical, 266.
PNEUMOTOMIE, 384, 413.
POIGNET (Kystes a grains riziformes du —), 133.
POIRIER, 41, 97, 449, 466.
POITOU-DUPLESSIS, 9, 455.
POLAILLON, 206.
POLICLINIQUE libre de Bruxelles, 364.
POLICLINIQUE de Paris, 338.
POLYNÉVRITE (De la — greffée sur une diathèse nerveuse), 141.
POLYPE naso-pharyngien, 387.
POLYURIE dans les crises d'hydronéphrose, 433.
PONCET, 133, 276, 283.
PONCTION (Sur la valeur diagnostic de la —), 147.
POPULATION (IIe Congrès pour protéger et accroître la —), 432.
PORAK, 7, 72.
PORSON, 426.
POTAIN, 376.
POTHORAT, 8, 28.
POUCHET, 377.
POULET, 388.
POULLET, 419.
POUMON (De la décortication du — dans la pleurésie), 383 ; — Kystes hydatiques du —, 384 ; — Chirurgie du —, 445.
POUPONNIÈRE, 168.
POUSSON, 421, 432.
POZZI, 7, 71, 422, 441.
PRATT, 272.
PRÉCIS clinique de pathologie générale, 59.
PRÉCIS d'électricité médicale, 10.
PRÉCIS iconographique des fractures et des luxations, 41.
PRÉSIDENT de la République à l'hôpital des Enfants-Malades, 411.
PRESSION artérielle (Les écarts anormaux de la —), 56.
PRISONS de la Seine (Hygiène dans les nouvelles —), 61.
PRIX (Liste des — de la Faculté de médecine), 304.
PROLAPSUS rectal, 423 ; — génitaux, 434, 451, 464 ; — utérins, 451, 465 ; — Cure radical du —, 451 ; — complet et ancien de l'utérus, 465.
PROPRIÉTÉ littéraire et scientifique, 261.
PROSTATE (Opérations paliatives contre le cancer de la —), 433 ; — hypertrophie de la —, 433.
PROTECTION physique et médicale, 208 ; — de l'enfance, 210, 325 ; — administrative de l'enfance, 211.
PROUST, 81.
PSEUDO-HERMAPHRODITE, 71.
PSITTACOSE (La —), 276 ; — Bacille de la —), 438.
PSORIASIS (Clinical notes on —), — 73 ; — et zona, 429.
PSYCHIATRIE criminelle (Considérations générales sur la —), 176.
PSYCHOPATHOLOGIE (L'hérédité en —), 249.
PUDENDAL HERNIA, 273.
PUECH, 492.
PUÉRICULTURE, 238.
PUS (Abcès par irruption directe du — dans les tissus du cou), 384.
PYLORE (Sténose du —), 386 ; — Du rétrécissement cicatriciel dû —), 405.
PYLORECTOMIE (Un cas de — pour cancer de l'estomac), 404.

Q

QUEIREL, 276
QUÉNU, 8, 27, 41, 57, 133, 254, 282, 387, 408, 423, 436, 439, 453, 470, 473.
QUESNAY (œuvre de —), 192.
QUINQUINAS (Les alcoloïdes des —), 212.

R

RACHITIQUE (Grossesse à terme chez une — à bassin étroit), 373.
RADIOGRAPHIE d'un cas de lèpre, 149 ; — craniennes, 149 ; et cécité, 499.
RAGE (La — en France), 184.
RAMON, 55, 385.
RAMON Y CAJAL, 104.

RANOOT, 114.
RANVIER, 464.
RAUGÉ (P.), 239, 382.
RAYMONO, 28, 115, 402.
RAYMONO (P.), 40, 54.
RAYONS DE RŒNTGEN, 8, 30, 56, 71, 111, 385, 438.
REBOUL, 276, 379, 418, 467.
REBUYENDE, 329.
RECHERCHES expérimentales sur les propriétés coagulantes do quelques urines physiologiques, 260.
RECLUS, 7, 28, 41, 56, 57, 71, 133, 252, 418.
RÉCOMPENSES, 32, 167, 198, 205, 247, 253, 295, 418
RECONNAISSANCE (Témoignage de —), 61.
RECTUM (Discussion sur l'extirpation du cancer du —), 58; — Rétrécissement du —, 133; — Rétrécissement syphilitiquo du —), 254; — Résection du —, 406; Extirpation du —, 408; — Prolapsus du —, 408, 439.
RECUEIL des travaux du comité consultatif d'hygiène, 72.
REDARO, 378
REDRESSEMENT dans le pied bot, 286, 379.
RÉFLEXES tendineux du genou dans la syphilis, 461.
RÉGIS, 87, 115, 117.
REGNAULT, 28.
RÉGNIER (L.-R), 233.
REIN (Rupture traumatique du — gaucho), 275; — Volume du —, 433.
REINE médecin, 333.
REMALT (E.). 10.
RÉMY, 149, 385, 423.
RENDU, 8, 27, 57, 72, 254, 266, 277, 292.
RÉNON, 71.
RÉSECTION rectale par la voie sacro-iliaque, 387.
RESPONSABILITÉ (Fondement et le but de la — pénale, 177.
RETTERER, 438.
REUTLINGER. 56, 71.
REVEROIN, 273, 448.
RÉVOCATION d'un médecin des Enfants-Assistés, 442.
REVUE de dermatologie et de syphiligraphie, 73.
REVUE D'HYGIÈNE, 72.
REVUE d'opothérapie, 194, 239.
REVUE de pathologie générale, 192, 224.
REVUE de thérapeutique, 255.
REYMOND (E).), 131, 169, 201, 265, 413, 445.
REYNIER, 58, 133, 255, 380. 407, 423, 452.
RHUMATISME (Traitement du — par les applications locales du salicylate de méthyle), 147.
RICARD, 28.
RICHE, 192.
RICHELOT, 28, 451.
RICHET, 7, 108, 494.
RIEGEL, 42.
RILLIET, 209.
RISPAIL, 149.
RIVIÈRE, 177, 381.
ROBERT, 8, 28.
ROBIN, 9, 292.
ROBINSON, 388.
ROCHARD, 192, 439.
RODET, 71.
ROGER, 41, 106, 138.
ROTULE (Tuberculose de la —), 466.
ROTILLON. 260.
ROUBY. 91.
ROUÉ (P.), 212.
ROUGET, 55
ROUGEUR (Phobie de la), 117.
ROULEY, 115.
ROUSSEL (Th.), 483.
ROUSSEL (Jubilé), 489.
ROUSSELET, 126, 140, 442, 477.
ROUTIER, 28, 58, 255, 132, 439, 455, 464.
ROUX, 256, 405.
ROUXEAU, 438.
RUBANS (Des —), 248.

S

SABOURAUD, 9.
SABRAZÈS, 89, 147.
SAGES-FEMMES et maladies épidémiques, 179; — Circulaire concernant les aspirantes au diplôme de —, 426.
SAIGON (Photographies provenant de —), 389.
SANATORIUM (Le — pour tuberculose de Saint-Trojan, 213; — Lo — d'Aubrac, 428,
SANG (Gélatine à 9 ou 10 0/0 pour favoriser la coagulation du —), 55; — Désintoxication du —, 56; — Substance agglutinative du — chez les typhiques, 223; — Imputrescibilité du —, 238; — des fœtus, 385; — Sur un nouveau ferment du —, 406; — Modifications du côté du —, 453.
SANSON, 485
SANTÉ du corps expéditionnaire de Madagascar, 135.
SAPEUR docteur en médecine, 48.
SAPONIFICATION des graisses dans le tube digestif, 386.
SARCOME (Le — en Algérie et son traitement empirique), 56.
SARCOPES ne produisant pas la gale, 55.
SARDA, 59.
SHARPE, 225.
SCHEUBE, 494.
SCHMITT, 145.
SCHNEIDER, 56.
SCHWARTZ, 41, 57, 133, 255, 380, 439, 452, 453.
SCIENCE MODERNE (Avenir de la —), 76.
SCIENCE et Médecine, 489
SCIENCES naturelles et la politique, 280.
SCIENTIFIQUES (Fondations), 489.
SCULPTURE aux salons, 15.
SÉGLAS, 85, 88, 115, 454.
SEGOND, 473.
SELIGMAN, 115.
SELS MÉTALLIQUES (Réaction de certains —), 220.
SEPTICÉMIES (Des injections sous-cutanées massives de sérum artificiel dans les — opératoires et puerpérales), 7.
SEPTICO-PYOHÉMIE, 381.
SERBSKI, 116.
SÉRODIAGNOSTIC de la fièvre typhoïde, 27, 254, 276.
SÉROPRONOSTIC, 276.
SÉROSITÉ des vésicatoires du lait, 133.
SÉROTHÉRAPIE (Principes généraux et diverses applications de la —), 107; — Essai de — (sérum de Roux) dans la fièvre quarte, 127; — à propos des indications et des accidents de la — antidiphtérique, 128; — de la peste, 132; — du cancer, 141; — Essais de — en phtisie pulmonaire, 233; — La — de la fièvre typhoïde, 255; — antidiphtérique, 255; — antistreptococcique dans la dacryocystite purulente, 425.
SERPENTS (Le venin des —), 255; — Recherches sur le venin des — venineux, 438.
SÉRUM (Les injections sous-cutanées massives de — artificiel dans les septicémies opératoires et puerpérales), 7; — La vente des — thérapeutiques, 61; — Des applications des — sanguins au traitement des maladies, 106; — Préparation du — antidiphtérique, 109; — Expériences et remarques sur le mode d'action des — et des vaccins, 128; — Du — humain et de son emploi en thérapeutique, 132; — Le — antituberculeux et son antitoxine, 191; — thérapeutiques, 222, 484; — Les effets du — antipesteux, 292; — des albuminuriques, 407.
SÉRUMTHÉRAPIE (Note sur la — de la variole), 141.
SERVICE chirurgical de l'Exposition de 1900. 74.
SERVICE médical de l'Exposition de 1900, 6, 42, 60, 93, 394.
SERVICE MÉDICAL (Le — des manœuvres en 1896), 214.
SERVICE médical de nuit, 230.
SERVICE militaire des étudiants en médecine, 44, 247, 311.
SERVICES de prompts secours, 26.
SERVICE des remplacements chez les pharmaciens, 484.
SERVICE DE SANTÉ (Le matériel du — de l'expédition de Madagascar), 213; — des colonies, 143.
SERVICE de santé des colonies, 167, 296, 428, 456, 459.
SERVICE de santé de la marine, 31, 46, 79, 96, 119, 167, 247, 428.
SERVICE de santé militaire. 6, 31, 44, 46, 63, 79, 119, 167, 198, 215, 231, 371, 411, 427, 430, 481. 497, 498.
SEVESTRE, 57, 110.
SÉVIGNÉ (Les deux crânes de Mme de), 261.
SICARD, 112, 133, 223, 407, 454.
SIGALAS, 148.
SIMON, 101, 105.
SYNDROME (caso interessante di — poliomielica pura da sifilido spinale), 74.
SIFILIDE rénale congenitale, 74.
SINUOVITÉS maxillaires compliquées de tic douloureux, 381.
SIREDEY, 386.
SKIAGRAPHIE (La — aux rayons X), 30.
SOCIÉTÉ académique de la Loire-Inférieure, 14.
SOCIÉTÉ allemande de chirurgie, 120.
SOCIÉTÉ anatomique, 338, 483.
SOCIÉTÉ d'assistance aux blessés, 499.
SOCIÉTÉ de biologie, 336, 483; — Élections, 7.
SOCIÉTÉ chimique de Paris, 472
SOCIÉTÉ de chirurgie de Paris, 338; Prix, 80.
SOCIÉTÉ française d'électrothérapie, 340.
SOCIÉTÉ d'hypnologie et de psychologie, 43, 340.
SOCIÉTÉ de médecine et de chirurgie de Paris, 344.
SOCIÉTÉ de médecine, d'hydrologie, 340.
SOCIÉTÉ de médecine et d'hygiène professionnelles, 396.
SOCIÉTÉ de médecine légale, 339.
SOCIÉTÉ de médecine de Paris, 340,
SOCIÉTÉ de médecine publique et d'hygiène professionnelle, 339.
SOCIÉTÉ médicale des hôpitaux, 339, 483,
SOCIÉTÉ médico-psychologique; — Prix. 61.
SOCIÉTÉ nationale de médecine de Lyon, 183.
SOCIÉTÉS de secours mutuels et le secret professionnel à la Chambre des députés, 14.
SOCIÉTÉ de stomatologie de Paris, 396,
SOCIOLOGIE criminelle, 162,
SODIUM (Chlorure de —), 453.
SOLLIER (P.), 142.
SOMNAMBULISME alcoolique au point de vue médico-légal, 177.
SONDAGE régulier, 404.
SONS (De la conductibilité des — dans les différents stéthoscope), 148.
SOREL, 468.
SOULIGOUX, 57, 403, 405.
SOUQUES, 115.
SOURD-MUET (Aphasie de la main droite chez un —), 281; — Institution nationale des —, 327.
SOUSCRIPTION Voici-Kowsky, 47; — au monument Charcot, 410.
SPASMES fonctionnels, 385.
SPASME rythmé (Tremblement et —), 89.
SPHACÈLE (Du — sus-annulaire dans les épiplocèles étranglés), 224.
SPHYGMOMÈTRE, 55.
SPILLMANN, 113, 118, 147, 158.
SPINA-BIFIDA (Sur une observation de —), 132.
SPLANCHNIQUE (Excitation du grand —), 453.
SPLÉNECTOMIE, 420.
SPULLER (Maladie de —), 76.
SQUELETTE (Interventions sur le —(, 289.
STAGE hospitalier, 302.
STATISQUE obstétricale à la campagne, 82.
STATUES du couvent de la reine Jeanne, 261; — Pasteur, 14, 47; — à Darwin, 484.
STÉNOSE du duodénum adhérent à une vésicule, 159; — du pylore, 386.
STERCOROME (Du — infantile), 274.
STÉRILISATEUR (Une modification au — Sorel, 468.
STÉRILISATION (La — pratique en chirurgie), 207.
STŒBER, 175.
STREPTOCOCCIE, 108; — Sur quelques faits de —, 114.
STUCK, 42.
SUFFOCATION dans le cancer du corps thyroïde, 382.
SUGGESTIONS criminelles au point de vue de faux témoignages, 177.
SULFATE (Du — de soude comme hémostatique), 273.
SUPPURATIONS pelviennes, 178.
SURDITÉ incomplète, 20; invasion de la —, 216.
SURGERY (The — the Chest), 259,
SUTURE osseuse pour fractures simples, 28.
SYMPATHIQUE (Section du — cervical), 382.
SYMPHYSE de l'estomac, 405.
SYNDICATS (Le banquet de l'Union des — médicaux de France), 426.
SYPHILIS médullaire, 9; — héréditaire, 58; — Contagion de la —, 58; — contractée quinze ans après la première, 161; — oculaire avec

albuminurie. pronostic et traitement, 189 ; — Réflexe teudineux du genou dans la —, 461, 485.
Système anthropométrique aux indes néerlandaises, 225.
Système nerveux (Cellules du —), 438.

T

Tabétique (Autopsie d'un —), 71.
Taches nœviques chez les jeunes Chinois, 239.
Taillefer, 382.
Talamon, 145.
Tarde, 162.
Tarnier, 7, 401.
Tarnowsky, 162, 461.
Tarsectomie postérieure, 254 ; — cunéiforme, 378 ; — antérieure, 379.
Taty, 90.
Technique d'électrodiagnostic et d'électrothérapie, 10.
Tedenat, 433.
Température (Influence de la — sur la contraction musculaire), 7.
Tennon (Arrachement du — et des tubercules rotuliens), 467.
Tenneson, 439
Ténotomie, 287.
Terrier, 17. 41, 58, 71, 137, 169, 201, 265, 270, 282, 387, 413, 445, 455, 468, 473.
Terson, 424, 489.
Tessier, 145.
Testicule (Ectopie inguinale du —), 433.
Tétanos, 108 ; — Lésions cellulaires de la moelle épinière dans le —), 41 ; — De l'application des sérums au traitement du —, 107 ; — Un cas de — , 149.
Théatre (Médecine au —), 455, 476, 494.
Thérapeutique, 65, 233, 426 ; — chirurgicale des pieds bots, 283.
Thèse (Une — refusée), 369.
Thèse de la Faculté de Médecine de Paris, 12, 30, 45, 278, 293, 370, 394, 410, 425, 442, 457, 480
Thibierge, 276, 440.
Thiercelin, 453.
Thiery, 175.
Thiriar, 269.
Thiry, 158.
Thomas, 7.
Thoracentèse et drainage pleural, 137.
Thoracoplastie, 201.
Thrombose de la veine cave inférieure, 111 ; — de la veine coronaire du cœur, 111 ; — Etudes des diverses classes de — , 129 ; — de la veine cave supérieure, 292.
Thulié, 182.
Thymus (Fonctions du —), 56.
Thyroïdectomie comme traitement de la suffocation, 382.
Thyroïdite (De la — aiguë), 161.
Tibia (Arrachement de l'épiphyse du —), 467.
Tic (Méthode pour guérir le — douloureux), 262.
Tiges (Des indications des — intra-utérines), 440.
Tillaux, 449.
Timbre (Les malades et le droit de —), 479.
Tire-bouton, 27.
Titres (Des — et rubans), 248.
Tourneux, 470.
Toxines (Atténuation des — par l'emploi des courants à haute dose), 55 ; — Les — microbiennes, 59 ; — Les — microbiennes et animales, 224 ; — urinaire chez les femmes enceintes, 470.
Toxithémie des gastro-enteropathes, 56.
Trachée (Libération longitudinale de la —), 382.
Trachéotomie (Tubage et —), 388.
Traité de gynécologie clinique, 441.
Traitement (Peut-on saisir le — d'un médecin du bureau de bienfaisance), 165 ; — Médecins du — a domicile, 369.
Treille (A.), 127, 158, 173.
Tremblements (Séméiologie des —), 88, 143.
Trépanation de l'antre mastoïdien, 455.
Trijumeau (Arrachement protubérentiel du —), 97.
Triples, 163.
Tronc (Affections chirurgicales du — (rachis, thorax, abdomen, bassin), 206.
Troubles universitaires en Autriche-Hongrie, 64.
Trouessart, 55.
Truc, 492.
Tubage et trachéotomie, 388.
Tube digestif (Soponification des graines dans le —), 386.
Tuberculeux (Le sanatorium pour — de Saint-Trojan), 213.
Tuberculine (Effets de la — dans un cas de méningite tuberculeuse), 288.
Tuberculose, 108 ; — comment on guérit la — à Paris, 150 ; — De la simulation de la — pulmonaire par certaines infections bronchiques aiguës, 157 ; — Rapports de la — et de la lèpre à propos d'un cas de fistule de l'anus, 159 ; — Traitement de certaines formes de — pulmonaire, 174 ; — De la fièvre dans la — et principalement de la fièvre hectique, 224 ; — Transfusion capillaire dans la — 381 ; — La — chez les petits animaux, 407 ; — de la rotule, 466 ; — communion de la —, 478.
Tubur, 277.
Tuffier, 58, 384, 387, 422, 465.
Tumeur cæcale prise pour une annexite droite, 440
Turrattini, 162.
Tympan (Excitation du —), 470.
Typhique (Substance agglutinative du sang chez le —), 223.
Typhus en Egypte, 120 ; — Urologie du — exanthémathique, 158.

U

Ulcère perforant du voile du palais, 9.
Universités américaines de l'Europe, 481,
Universités étrangères de la langue française, 363, 488.
Universités. — Les —, 61 ; — Loi sur les —, 30, 483 ; — U. de Bordeaux, 481 ; — U. de Clermont-Ferrand 443 ; — U. étrangères, 31, 47, 79, 119, 136, 167, 183, 199, 215, 231, 263, 303, 368, 371, 392, 412, 428, 451, 473 ; — U. de Besançon, 295 ; — U. de Liege, 6 ; — U. de Lyon, 136, 459 ; — U. de Marseille, 44 ; U. de Montpellier, 458 ; — U. de Paris, 102, 299, 411, 443 459 ; — U. de Strasbourg, 14, 483.
Universités de France, 481 ; — de Russie, 495 ; — de Rome, 498.
Unna, 73.
Urémie à forme nerveuse, 1.
Uretère (Hydronéphrose par rétrécissement de l'—), 421.
Urines (Coefficient urotoxique des —), 7 ; — Les albuminoïdes de l'—, 146.
Urologie du typhus exanthématique, 158.
Urologistes (Associations des — français à Paris, 292.
Utérus (Faradisation de l'—), 9 ; — Soutien de l'— par deux lambeaux pris sur le prolapsus, 435 ; amputation partielle de l'— et opérations plastiques, 436 ; — Prolapsus complet et ancien de l'—, 465.
Utilisation agricole des eaux d'égout, 374.

V

Vacances médicales, 248.
Vaccination dans le Texas, 136 ; — Pathologie de la —, 193.
Vaccine (Précis de la — et de la vaccination moderne, 193 ; — Histoire de la — en France, 254.
Vaccine et lèpre, 131,
Vaccins (Expériences et remarques sur le mode d'action des —), 128.
Vagin (Etat du —), 436 ; — Histoire naturelle de procédence du — et de l'utérus par invagination, 466.
Vaillard, 71, 110.
Vaisseaux (Les opérations pratiquées sur les — veineux du cou), 17.
Valency, 58, 72.
Vallin, 276, 455.
Vallon, 86, 115, 116.
Valude, 423, 489.
Valvules, (Etat fenêtré des — aortiques), 158.
Vaquez, 130.
Variole à Marseille, 54, 127, 179, 276 ; — Note sur la sérumthérapie de la —, 141 ; — Microbe de la — 372.
Variot, 7, 27, 57, 423, 454.
Varus équin (Elément de la déforma ion du —) 285.
Vautrin, 143.
Vauvillé, 455.
Vedel, 149.
Veine (Oblitération de la — iliaque primitive), 110 ; — Thrombose de la — cave inférieure, 111 ; — Thrombose de la — cave supérieure, 292 ; — angulaire, 382, — Cicatrisation des — après la ligature, 422.
Velain, 223.
Vengeance de libraire, 28, 118.
Venin (Le — des serpents), 255.
Verchère, 58, 473, 434.
Verdun, 470.
Verge (Chancre tuberculeux de la —), 73 ; — Gangrène spontanée de la —, 439.
Vergniot, 227.
Vérité, 440.
Verlaine (P.) et les médecins, 182.
Verrues (De quelques particularités des —), 160.
Vésale (A.), dans les romans, 229.
Vésicatoires (Sérosité du — du lait), 133 ; — Accidents dus au — chez les enfants, 407.
Vésicule biliaire, 386.
Vessie (Traitement opératoire de l'atrophie de la —), 422 ; — Kyste dermoïde du bassin de la — 423.
Viala, 71.
Vie (Théorie nouvelle de la —), 227.
Vieillard (Mort naturelle du — à Paris), 389.
Vignard, 466.
Vigne, 423.
Vigneron (G.), 433.
Vigouroux, 55, 385, 397.
Viguié, 73.
Villes d'eaux (Les tables de régime dans les —), 194.
Vinchon, 455.
Virchow (Anniversaire de —), 280.
Viré (A.), 28.
Vires, 157.
Vittel (Eau de —), 175.
Vivre longtemps (L'art de —), 479.
Voile du palais (Ulcère perforant du —), 9.
Voies biliaires (Une nouvelle opération sur les—), 49, 66.
Voies respiratoires (Traitement des affections des — par les bains chauds), 513.
Voinot, 143.
Voisin, 89, 115.

W

WALDEYER, 104.
WALLICH, 9.
WALTHER, 28, 133, 438, 472.
WECKER (de), 153.
WESTERMACK, 436.
WERTHEIMER, 422.
WIDAL, 8, 27, 72, 110, 112, 114, 133, 223, 254, 277, 385, 407, 423, 438, 454.
WILLIAMSON, 74.
WINTER, 7.

Y

YERSIN, 132.
YVON, 408.

Z

ZABÉ, 160.
ZABOROWSKI, 389.
ZAKREWSKI (J.), 176.
ZAMBACO, 71.
ZAROUBINE, 461, 485.
ZONA (Psoriasis et —), 429.



PARIS. — IMP. V. GOUPY, G. MAURIN SUCC., RUE DE RENNES, 71.